

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**“AVALIAÇÃO DO DANO ORO-FACIAL PÓS-TRAUMÁTICO EM  
SEDE DE DIREITO CIVIL, PENAL E TRABALHO”**

**Patrícia Rodrigues Couto da Silva Santos**

MESTRADO INTEGRADO

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**“AVALIAÇÃO DO DANO ORO-FACIAL PÓS-TRAUMÁTICO EM  
SEDE DE DIREITO CIVIL, PENAL E TRABALHO”**

**Patrícia Rodrigues Couto da Silva Santos**

Dissertação orientada pela  
**Professora Doutora Cristiana Maria Palmela Pereira**

MESTRADO INTEGRADO

2011

A todos aqueles que nunca desistiram, nunca desistem e nunca desistirão...

Porque a vida é uma batalha!

O êxito não é permanente, e fracassar não é mortal.

(Mike Ditka)

Não procure ser um homem com êxito, e sim um homem com valores.

(Albert Einstein)

A nossa maior glória não é nunca haver caído, e sim ter levantado depois de cada queda.

(Confúcio)

“O Amor é sofredor, é benigno; o Amor não é invejoso; o Amor não se vangloria, não se ensoberbece, não se porta inconvenientemente, não busca os seus próprios interesses, não se irrita, não suspeita mal; não se regozija com a injustiça, mas se regozija com a verdade; tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. O Amor jamais acaba. (...)”

(I Coríntios 13)

## **DEDICATÓRIA**

Após caminhos muitas vezes difíceis, onde as escolhas se impuseram e onde o tempo não parou para eu decidir, depois de mil obstáculos ultrapassados e de me ter conseguido erguer, uma e outra vez, sozinha ou com a ajuda de uma mão que se estendeu diante de mim, após cada queda e cada fraqueza, sinto que tenho, em primeiríssimo lugar, que dedicar este trabalho e o culminar desta etapa da minha vida a mim mesma. Encerro aqui um longo percurso de dedicação, empenho, trabalho, esforço e, muitas vezes, sacrifício, que me levará a atingir a realização pessoal. Pelo menos assim o espero!

Momentos houve, de muito cansaço ao longo dos últimos meses, mas o balanço final é que sinto que aprendi sobre o tema a que me propus, desempenhando com o maior esforço e dedicação este trabalho, o qual tive o privilégio de poder ser eu a escolher.

Dedico este trabalho a TI, tantas vezes fonte de inspiração e de uma busca incessante por ser cada vez melhor. Fiz-me a mulher que sou hoje à imagem daquilo que julgo ser um motivo de orgulho para TI. E assim continuarei a vida toda...

Não querendo mencionar nomes, para não correr o risco de me esquecer de alguém verdadeiramente importante, não posso deixar de dedicar este trabalho à minha colega e, sobretudo, amiga Marta Rocha. Para mim faz sentido que assim seja, pois os últimos anos foram passados dia-a-dia com ela, partilhando os sucessos e os fracassos, dando força uma à outra, quando às vezes o mundo parecia ser cruel e a vida uma madrasta má! Dedico-te todo o percurso académico que passámos juntas, o qual culmina aqui, tendo a nossa amizade ainda um longo caminho a percorrer!

## ÍNDICE

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Palavras-chave	iii
<i>Abstract</i>	iv
<i>Key words</i>	iv
1. Introdução	1
2. Objectivos	5
3. Materiais e Métodos	
3.1 Delineamento Experimental	6
3.2 Critérios de Inclusão	6
3.3 Critérios de Exclusão	7
3.4 Recolha de Dados	7
3.5 Variáveis em Análise	7
3.6 Análise de Dados	11
4. Resultados	11
5. Discussão	
5.1 Dados Epidemiológicos	22
5.2 Variáveis em Análise	23
6. Conclusão	29
Bibliografia	30
Apêndices	vi
• Índice de Abreviaturas	vii
• Índice de Códigos e Especificações	viii
• Índice de Tabelas e Gráficos	xxii

## AGRADECIMENTOS

Porque não vivemos sozinhos, quero agradecer, antes de mais, a todos aqueles que ao longo dos tempos fizeram de mim uma pessoa mais forte. Quer aos que me queriam bem, quer àqueles para quem as minhas derrotas eram vitórias. Devo a todos eles a pessoa que sou hoje: a filha, a irmã, a amiga, a companheira, e acima de tudo, a Mulher.

Ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão Sérgio. Não escolhemos de quem somos filhos ou irmãos, mas talvez a vida escolha por nós a quem podemos dar o nosso amor e de quem podemos receber, de igual forma, um amor incondicional. Por todo o vosso apoio, motivação e carinho ao longo de todos estes anos, nos momentos bons e nos menos bons, mesmo quando as palavras foram ditas por um simples olhar, o meu nunca suficiente obrigado...

A todos os amigos com quem tenho partilhado cada pedacinho da minha vida. Esses sim, podem ser escolhidos, e eu tenho sabido fazer as escolhas que me fazem mais feliz. Convosco continuo a sonhar!

A todas as pessoas com quem me cruzei, me cruzo e me cruzarei no mundo do voluntariado por fazerem de mim uma pessoa mais preparada para a vida. E a todas as crianças a quem já dei, e àqueles a quem darei, um bocadinho do meu carinho, com a certeza de que nunca conseguirei retribuir todo o amor recebido.

À minha orientadora Professora Doutora Cristiana Pereira, a quem muito admiro, pela sua sempre imensa disponibilidade em me acompanhar na realização deste trabalho. Uma mulher a quem o tempo não sobra, com uma capacidade de trabalho fenomenal e invejável, que enriquece com os imensos conhecimentos que tem todos aqueles com quem os partilha. Obrigada por eu ter tido esse privilégio!

Ao Professor Doutor Jorge Costa Santos, Presidente da Delegação Sul do INML, a gentileza de me ter concedido autorização para consultar os processos da Clínica Forense do Instituto.

## RESUMO

Este estudo pretendeu identificar o tipo de lesões oro-faciais constantes dos relatórios periciais da Clínica Forense da Delegação do Sul do INML, I.P., entre 2005 e 2009, em sede de Direito Civil, Penal e de Trabalho.

Os objectivos finais foram determinar: (1) os tipos de traumatismo mais frequentes, (2) as áreas oro-faciais mais afectadas, (3) as lesões/sequelas oro-faciais mais prevalentes, (4) a média das várias incapacidades avaliadas ou período de doença decorrentes destas, em sede de Direito Civil, Penal e Trabalho.

Este estudo retrospectivo foi inteiramente realizado na Clínica Forense da Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

A população alvo consistiu nos examinados constantes dos relatórios preliminares, intercalares e finais dos processos clínicos forenses realizados entre 2005 e 2009. A amostra populacional compreendeu um total de 1422 indivíduos, de ambos os sexos, sem restrição de idades, dos quais 232 tinham sofrido algum tipo de lesão oro-facial.

Todas as variáveis foram definidas de acordo com os autores para descriminação das lesões/sequelas da área oro-facial.

O traumatismo mais frequente foi o facial (54%), seguido do oro-facial (15%). As lesões/sequelas mais frequentes foram: cicatrizes (27,91%), escoriações (15,05%) e equimoses (8,25%).

**Palavras-chave:** dano oro-facial, dano corporal, Direito Civil, Direito Penal, Direito de Trabalho, lesões oro-faciais, sequelas oro-faciais.



## ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the type of orofacial injuries found in reports of Clinical Forensic of South Delegation from Medico Legal Institute, in Portugal, between 2005 and 2009, based on Civil, Criminal and Labor Law.

The final objectives were, determine: (1) the most frequent types of trauma, (2) the orofacial areas most affected, (3) the prevalence of orofacial lesions/sequelae, (4) the average number of disabilities evaluated or period of illness from those, based on Civil, Criminal and Labor Law.

This retrospective study was conducted entirely in Clinical Forensic of South Delegation from INML.

The target population consisted of the victims of preliminary, interlayer and final reports of the clinical forensic procedures carried out between 2005 and 2009. The population sample comprised a total of 1422 victims of both sexes, without restriction of age, of whom 232 had suffered some type of orofacial injury.

All the variables were defined according to the authors to discriminated the lesions/sequelae of orofacial area.

The most common trauma was the facial (54%), followed by oro-facial (15%). The most frequent injuries/sequelae were: Scars (27.91%), excoriations (15.05%) and ecchymosis (8.25%).

**Key Words:** orofacial damage, corporal damage, Civil Law, Criminal Law, Labor Law, orofacial injuries, orofacial sequelae.

## 1. INTRODUÇÃO

As pessoas portadoras de um *dano corporal* têm sido, ao longo da história da humanidade e em quase todas as sociedades, alvo de exclusão social, mais ou menos explícita, criando-se mesmo situações de auto-exclusão. As sociedades reconheceram sempre a obrigação e o direito à reparação do *dano corporal* no caso de este resultar da acção de terceiro, mesmo na ausência de culpa. Esta obrigação veio, nos dois últimos séculos, a ser atribuída, em alguns casos, ao Estado, e noutros, foi transferida para as companhias de seguros (Magalhães T, 1998).

Considera-se que o Homem reúne, em si, quatro dimensões fundamentais: o organismo, as funções ou capacidades, o plano intra-psíquico e o meio ambiente no qual se insere e interage. O *dano corporal* corresponderá ao prejuízo sofrido por alguém no conjunto dessas dimensões, podendo ser o resultado de múltiplas causas: doenças, estados fisiológicos ou traumatismos (que podem resultar da acção voluntária ou involuntária do próprio ou de terceiros). Nesta medida, o *dano* no plano intra-psíquico corresponderá aos *danos morais*, o *dano* no organismo dará origem às *sequelas lesionais*, o *dano* nas funções às *sequelas funcionais* e o *dano* no meio ou quadro de vida do lesado traduzir-se-á nas *sequelas situacionais* ou *handicaps* (Magalhães T, 1998).

Neste trabalho irá salientar-se o *dano* como ***dano oro-facial***. Por dano oro-facial entender-se-á qualquer dano no sistema orofacial. Assim, o denominado sistema orofacial é uma unidade funcional composta por várias partes, nomeadamente a cavidade oral, os dentes, a língua, os ossos maxilares e zigomáticos, a mandíbula, as articulações temporomandibulares, as glândulas salivares, os vasos, nervos e tecidos moles que revestem estas estruturas (Fanghänel e outros, 2007). No contexto deste estudo retrospectivo foi considerado que o complexo oro-facial seria composto por todas as estruturas faciais desde o reborbo infraorbitário até à região submentoniana (vista frontal), e que se estenderia lateralmente até às articulações temporomandibulares (vista de perfil).

O dano oro-facial é muitas vezes ignorado ou minimizado apesar de provocar sequelas significativas, que são justas de reparar em sede de direito civil. Quando um politraumatizado entra numa urgência hospitalar, a primeira preocupação será salvar-lhe

a vida. Só mais tarde, quando se procede a uma inventariação calma e ordenada de todas as lesões, é que se descobre os danos oro-faciais (Rodrigues MA, 1992).

Importa, portanto, debruçarmo-nos sobre os procedimentos que deverão ser adoptados sempre que haja ferimentos das estruturas oro-faciais a fim de serem detectadas as lesões existentes, seleccionando o tratamento adequado e avaliando o dano que importa reparar (Rodrigues MA, 1992), bem como determinar, posteriormente, quais as incapacidades permanentes em sede de direito civil e trabalho ou período de doença em sede de direito penal que delas resultaram.

A perturbação da integridade corporal de outrem constituiu sempre um *dano* supremo, para o qual a punição devia estar à altura do prejuízo social e individual criado, revestindo-se, com o evoluir dos tempos, de uma ambiguidade a nível da reparação do *dano corporal*: punir o culpado e indemnizar a vítima. Assim, o Direito Penal e o Civil, que no “direito” primitivo eram um só, foram-se separando, progressivamente, ao longo da história (Magalhães T, 1998).

O Direito Civil (*ius civile*) constituía, na Roma antiga, o sistema jurídico privativo dos cidadãos (*cives*), contrapondo do Direito das Gentes (*ius gentium*) e do Direito Natural (*ius naturale*). Actualmente, o conceito de Direito Civil não é tão lato, sendo um ramo do Direito Privado que se fixa na regulamentação das relações entre particulares, quer através da expressão livre e consciente de uma ou mais vontades, quer pela imposição de normas aplicáveis a determinados factos. No primeiro caso, existe o contrato, no segundo, a responsabilidade civil (Magalhães T, 1998).

A forma como as modalidades de reparação do *dano corporal* evoluíram dependeu da causa que está na sua origem: doença natural, velhice, acidente de trabalho, doença profissional, acidente de viação, agressão ou acidente de guerra, o que veio criar disparidades, injustiças e dificuldades na aplicação destas diferentes formas de reparação (Magalhães T, 1998).

Desenvolvida, essencialmente, a partir dos meados do século passado (séc. XX) a avaliação dos danos corporais em Direito Civil constitui uma área de intervenção pericial cada vez mais relevante no âmbito da clínica forense, verificando-se um contínuo e significativo crescimento anual do volume de perícias desta natureza (Vieira DN, 2008). De igual modo, a avaliação do dano corporal em sede de Direito Penal e de Trabalho é cada vez mais frequente e importante.

Desde logo uma referência ao médico dentista, cujo papel é insubstituível, já que irá actuar como perito, isto é, o portador do conjunto de conhecimentos que podem

emitir um juízo sobre uma determinada situação, duma forma objectiva e fundamentada (Rodrigues MA, 1992).

Sempre que um perito médico é solicitado no sentido de proceder a uma avaliação de danos corporais, o que se lhe pede é que, recorrendo aos seus conhecimentos no âmbito da medicina, à preparação científica e técnica que a sua formação médica e pericial lhe confere, defina num determinado quadro jurídico (em direito penal, civil ou do trabalho), quais as lesões e/ou sequelas de que uma determinada vítima ficou portadora, susceptíveis de (consoante a área do direito em que a perícia decorre) serem objecto de sanção penal, da atribuição de uma indemnização ou de justificarem, por exemplo, a concessão de determinadas regalias e benefícios (fiscais, sociais ou outros). Significa isto que a avaliação de danos corporais se processa de formas distintas consoante o domínio do direito em que se concretiza (Vieira DN, 2008). No caso do direito civil e de trabalho estabelecem-se incapacidades resultantes dos danos e/ou sequelas decorrentes do evento traumático, enquanto em direito penal o que se atribui é um período de doença como resultado de determinado dano e/ou sequele provocado pelo evento traumático.

No âmbito do direito civil o princípio jurídico que orienta a avaliação dos danos corporais é o da reparação integral dos danos. Significa isto que em direito civil todos os danos, desde que tenham uma dignidade suficiente para merecerem a tutela do direito, devem ser avaliados e indemnizados. O princípio jurídico da reparação integral do dano implica, assim, que o perito médico deva proceder tanto à avaliação de danos patrimoniais, isto é, daqueles danos que têm um referencial económico directo, como de danos não patrimoniais, ou seja, de danos que não têm esse referencial económico directo, tendo sim a ver com prejuízos vividos, sentidos pelas pessoas. Entre os danos patrimoniais estarão, por exemplo, a necessidade de uma prótese ou os dias de incapacidade total para o trabalho. Já nos não patrimoniais se poderão situar, também a título de exemplo, as dores ou o dano estético de que a vítima ficou afectada (Vieira DN, 2008).

A reparação em Direito Civil é o único de todos os regimes que tem em consideração a globalidade do *dano* causado, compreendendo-se aqui *danos* ignorados em Direito do Trabalho, como sejam os *não patrimoniais* ou *morais* (Magalhães T, 1998). O objectivo é a obtenção de uma cura que se pretende completa (*restitutio ad integrum*), de acordo com o Artigo 562º do Código Civil Português. (Código Civil Português, 2011).

Em 1991, no âmbito do Seminário que promoveu em Coimbra no dia 29 de Junho – no qual participaram magistrados, seguradores, peritos médicos, advogados e docentes universitários – a Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal aprovou uma proposta de missão pericial tipo portuguesa, então enviada a diversas entidades. Nela se estipulava o seguinte: *“Proceder a exame médico-legal para avaliação dos danos corporais relevantes na reparação civil devendo os peritos pronunciarem-se, designadamente, sobre o nexo de causalidade médico-legal com a ofensa corporal de..., a data de consolidação das lesões, as incapacidades temporária e permanente quer para o trabalho em geral quer para o trabalho profissional, o quantum doloris durante o período de incapacidade temporária e ainda sobre o dano estético e, eventualmente, sobre o compromisso nas actividades de lazer pré-existentes (prejuízo de afirmação pessoal). Devem os peritos elaborar relatório circunstanciado e justificativo das suas conclusões médico-legais”* (Vieira DN, 2008).

Muitos dos parâmetros aqui referidos serão considerados variáveis para este estudo retrospectivo, evidenciando a sua fulcral importância no processo de identificação das lesões e/ou sequelas oro-faciais, bem como nas incapacidades ou período de doença delas resultantes.

A concretização da missão pericial do médico, para além das exigências em termos das características de que o perito se deve revestir, pressupõe ainda uma perícia bem concretizada, envolvendo necessariamente uma anamnese precisa e aprofundada, em particular das circunstâncias do acidente e do seu mecanismo, a recolha dos elementos probatórios no plano médico, a obtenção das queixas atribuídas pela vítima às sequelas traumáticas, separando as queixas referidas espontaneamente das resultantes de um interrogatório dirigido, um exame clínico geral, um exame local exaustivo da região corporal traumatizada e um exame loco regional com estudo analítico dos movimentos simples e depois estudo global dos gestos complexos. A missão será concluída com a elaboração do respectivo relatório pericial. Relatório que nunca poderá dispensar um capítulo de discussão destinado a explicar ao destinatário do processo (juiz, segurador, advogado ou até vítima) a opinião do médico, de forma a fundamentar claramente a síntese final representada pelas conclusões (Vieira DN, 2008).

Assim, importa que o médico dentista tenha em conta, aquando da elaboração do seu relatório, dois princípios importantes: por um lado, a utilização dos termos técnicos adequados é fundamental para evitar situações de contestação por imprecisão; por outro,

importa que a linguagem utilizada seja suficientemente clara para todos os que tenham que se pronunciar ou tomar decisões com base em tal relatório (Rodrigues MA, 1992).

### **1.1 Considerações Finais**

Este trabalho de investigação epidemiológico retrospectivo teve a finalidade de contribuir para a caracterização médico-legal das lesões/sequelas oro-faciais no âmbito da Medicina Dentária Forense nas três sedes de direito – Civil, Penal e de Trabalho, na Região Sul de Portugal.

## **2. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Objectivo Principal**

O objectivo principal deste estudo retrospectivo consistiu em identificar o tipo de lesões/sequelas oro-faciais nas vítimas constantes dos processos da Clínica Forense da Delegação do Sul do INML, I.P., entre 2005 e 2009, avaliadas em sede dos três direitos, e o estabelecimento do nexo de causalidade.

Deste objectivo resultou a formulação das seguintes hipóteses experimentais, respectivamente:

H0: As lesões/sequelas oro-faciais não são significativamente diferentes consoante a área de direito da avaliação oro-facial.

H1: As lesões/sequelas oro-faciais são significativamente diferentes consoante a área de direito da avaliação oro-facial.

Do objectivo deste estudo resulta a obtenção de informação quanto ao tipo e gravidade das lesões/sequelas oro-faciais, bem como das incapacidades (Direito Civil e de Trabalho) ou período de doença (Direito Penal) delas resultantes.

Os objectivos finais serão, assim, a determinação dos tipos de traumatismo mais frequentes, das áreas oro-faciais mais afectadas, das lesões/sequelas oro-faciais mais prevalentes, bem como da média das várias incapacidades avaliadas ou período de doença decorrentes destas, em sede de Direito Civil, Penal e Trabalho.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

Para atingir os objectivos deste trabalho, e testar as hipóteses experimentais formuladas, realizou-se um estudo epidemiológico retrospectivo.

#### **3.1 Delineamento Experimental**

Este estudo retrospectivo foi inteiramente realizado na Clínica Forense da Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., com o objectivo de proceder à recolha de informação sobre as lesões/sequelas oro-faciais constantes dos relatórios preliminares, intercalares e finais dos processos clínicos forenses, com a autorização prévia da Direcção da Instituição acima referida.

A população alvo consistiu nos examinados constantes dos relatórios preliminares, intercalares e finais dos processos clínicos forenses realizados entre 2005 e 2009, inclusive. A amostra populacional foi seleccionada de entre a população referida, através de um processo de amostragem sistemática, compreendendo 100 processos de âmbito civil, 100 processos de âmbito penal e 100 processos de âmbito de trabalho por cada ano. A excepção ocorreu com os processos penais e de trabalho do ano 2005. No que respeita aos processos penais, foram de facto recolhidos 100 processos, sendo que o que ocorreu foi que durante a fase de análise estatística se perderam dados correspondentes a 3 processos. Desta forma, o número total de processos penais de 2005 utilizados para este estudo foi de 97 processos. No que respeita aos processos de trabalho, como estes eram arquivados noutra localidade em 2005, depois da consulta de todos os processos de âmbito de trabalho de 2005 verificou-se que apenas constavam 25 processos em suporte físico no arquivo da Clínica Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. Assim, a amostra populacional compreendeu um total de 1422 indivíduos, de ambos os sexos, sem restrição de idades. Dos 1422 processos constituintes da amostra populacional, verificou-se existirem 232 processos efectivos. Foram denominados de processos efectivos todos aqueles que, preliminares, intercalares ou finais, contemplavam pelo menos uma lesão oro-facial.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Foram considerados como critérios de inclusão todos os processos da Clínica Forense da Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, consultados durante a pesquisa sistemática, que:

- Correspondiam aos anos de 2005 a 2009, inclusive,
- Correspondiam às áreas do Direito Penal, Civil ou de Trabalho.

### 3.3 Critérios de Exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão todos os processos da Clínica Forense da Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, consultados durante a pesquisa sistemática, que diziam respeito a:

- Pareceres médico-legais,
- Perícias de natureza sexual em Direito Penal,
- Perícias para estimativa da idade dentária.

### 3.4 Recolha de Dados

Os dados obtidos dos processos clínicos forenses consultados foram:

- Para todos os processos consultados: a data, o tipo de processo, o tipo de relatório, o sexo e a idade do examinando.
- Para os processos cujos relatórios periciais indiquem existência de lesão/sequela oro-facial: o tipo de evento, o tipo de traumatismo, a existência ou não de dados documentais, as queixas relatadas pelo examinando, as áreas afectadas pelo evento, o tipo de lesões resultantes do evento, o nexo de causalidade, o período global de doença, o período com afectação da capacidade para o trabalho geral, o período com afectação da capacidade para o trabalho profissional, a I.T.G.T, a I.T.G.P, a I.T.P.T, a I.T.P.P, a I.P.G, a I.P.P, o *Quantum Doloris*, o Dano Futuro, o Dano Estético, o Rebate Profissional, o Prejuízo Juvenil, o Prejuízo Escolar, o Prejuízo de Afirmação Pessoal e o Prejuízo Sexual, sempre que fixáveis, e resultantes de determinado evento.

### 3.5 Variáveis em Análise

As variáveis utilizadas neste estudo retrospectivo foram:

- **Data** – corresponde ao ano do processo. Esta variável apresenta-se distribuída por 5 categorias.
- **Tipo de processo** – corresponde a um processo de sede de direito civil, penal ou trabalho, consoante apresente a designação LX-C-MLCV, LX-C-MLPN ou LX-



C-MLTR, respectivamente. Esta variável apresenta-se distribuída por 3 categorias.

- **Tipo de relatório** – corresponde à designação do relatório pericial consultado, podendo ser preliminar, intercalar ou final. Esta variável apresenta-se distribuída por 3 categorias.
- **Sexo** – corresponde ao sexo do indivíduo, M (masculino) ou F (feminino), descrito no relatório pericial do processo. Esta variável apresenta-se distribuída por 2 categorias.
- **Idade** – corresponde à idade do indivíduo, em anos, à data do evento. Esta variável apresenta-se distribuída por 3 categorias.
- **Tipo de Evento** – corresponde ao tipo de evento que originou determinada lesão/sequela oro-facial. Esta variável apresenta-se distribuída por 45 categorias.
- **Tipo de Traumatismo** – corresponde ao tipo de traumatismo que originou determinada lesão/sequela oro-facial. Esta variável apresenta-se distribuída por 7 categorias:
  - **Facial:** quando é afectada qualquer estrutura do complexo oro-facial à excepção dos lábios, mucosa oral, mucosa mastigatória, gengiva, língua, dentes e rebordos alveolares superior e inferior.
  - **Oral:** quando são afectadas apenas estruturas que fazem parte da cavidade oral, como lábios, mucosa oral, mucosa mastigatória, gengiva ou língua, à excepção dos dentes ou rebordos alveolares superior e inferior.
  - **Dentário:** quando são afectados apenas dentes, rebordos alveolares superior e inferior ou ainda reabilitações que o indivíduo já possuía antes do evento.
  - **Oro-facial:** quando no mesmo indivíduo ocorreu um traumatismo oral e facial.
  - **Facial e dentário:** quando no mesmo indivíduo ocorreu um traumatismo facial e dentário.
  - **Dento-oro-facial:** quando no mesmo indivíduo ocorreram os três tipos de traumatismo.
- **Dados Documentais** – corresponde à informação de serem ou não constantes do processo documentos dos autos com relevância médico-legal na sede da

avaliação do dano oro-facial. Esta variável apresenta-se distribuída por 2 categorias.

- ***Queixas Relatadas*** – corresponde à informação constante do relatório pericial relativa às queixas oro-faciais relatadas pelo(a) examinado(a) aquando da realização do mesmo. Esta variável apresenta-se distribuída por 54 categorias.
- ***Áreas Afectadas*** – corresponde à informação constante do relatório pericial relativa às áreas do complexo oro-facial onde se observaram as lesões/sequelas oro-faciais sofridas e relacionáveis com o evento. Esta variável apresenta-se distribuída por 53 categorias.
- ***Tipo de Lesões*** – corresponde à informação constante do relatório pericial relativa ao tipo de lesões oro-faciais sofridas, observáveis e relacionáveis com o evento. Esta variável apresenta-se distribuída por 59 categorias.
- ***Nexo de causalidade*** – corresponde à informação constante do relatório pericial que indica se os elementos disponíveis no processo permitem ou não admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano oro-facial. Esta variável apresenta-se distribuída por 2 categorias.
- ***Período de Doença*** – corresponde ao período global de doença, fixável em dias, resultante de determinado evento, no âmbito penal. Equivale ao período de tempo decorrido desde a data do evento até à data da consolidação médico-legal.
- ***Afectação da Capacidade para o Trabalho Geral*** – corresponde a uma especificação, em dias, do período global de doença, em que houve afectação da capacidade para qualquer tipo de trabalho, e não só para o trabalho profissional, no âmbito penal.
- ***Afectação da Capacidade para o Trabalho Profissional*** – corresponde a uma especificação, em dias, do período global de doença, em que houve afectação da capacidade apenas para o trabalho profissional, no âmbito penal.
- ***Incapacidade Temporária*** – corresponde às limitações na capacidade de um indivíduo, que sofreu alguma lesão traumática, durante o período de tempo, em dias, em que esta evolui no sentido da cura ou da consolidação. Estas limitações terão implicações no desempenho das suas actividades diárias e/ou profissionais. No campo da peritagem em direito civil deve avaliar-se separadamente as chamadas:

- ***Incapacidade Temporária Genérica*** (também designada por alguns autores como Geral ou Funcional)
  - ***Total (I.T.G.T)***
  - ***Parcial (I.T.G.P)***
- ***Incapacidade Temporária Profissional*** (quando o indivíduo desempenha uma qualquer actividade profissional)
  - ***Total (I.T.P.T)***
  - ***Parcial (I.T.P.P)***
- ***Quantum Doloris*** – relaciona-se com o período de incapacidade temporária e corresponde à avaliação da dor ou sofrimento suportado pela vítima na altura do traumatismo e durante o período de tempo mais próximo da ocorrência traumática. Esta variável é expressa numa escala valorativa de sete graus de gravidade crescente (1 - Muito ligeiro; 2 – Ligeiro; 3 – Moderado; 4 – Médio; 5 – Considerável; 6 – Importante; 7 – Muito importante).
- ***Incapacidade Permanente*** – corresponde à incapacidade, em percentagem ou pontos, atribuída quando determinadas lesões sofreram consolidação e não cura, e o indivíduo fica portador de um qualquer prejuízo a título definitivo, ou seja, de uma afectação da integridade psico-física que lhe cause limitações na capacidade que tinha. Deve avaliar-se separadamente:
  - ***Incapacidade Permanente Geral (I.P.G)***
  - ***Incapacidade Permanente Parcial (I.P.P)***
- ***Dano Futuro*** – corresponde ao elevado grau de probabilidade de agravamento das sequelas.
- ***Dano Estético*** – corresponde a um dano permanente, e tal como o quantum doloris, extrapatrimonial, que tem em atenção a componente estética das sequelas resultantes do evento traumático. Em alguns casos também pode ser considerado dano económico ou patrimonial. Esta variável é expressa na mesma escala valorativa que o Quantum doloris (1/7 a 7/7).
- ***Rebate Profissional*** – corresponde à informação sobre se as sequelas resultantes do evento traumático são compatíveis ou incompatíveis com o exercício da actividade do indivíduo, ou ainda, se são compatíveis mas exigem esforços suplementares. Designada também de **Prejuízo Juvenil** e/ou **Prejuízo Escolar**.

- ***Prejuízo de Afirmação Pessoal*** – corresponde a uma variável que valoriza danos referentes a actividades de lazer, que o lesado praticava antes do evento traumático, e que como consequência das sequelas da lesão deixou de praticar. Esta variável é expressa numa escala valorativa de cinco graus (1/5 a 5/5).
- **Prejuízo Sexual** – corresponde à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas. Não se incluem aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação. Esta variável é expressa numa escala valorativa de sete graus de gravidade crescente (1/5 a 5/5).

### 3.6 Análise de Dados

Após a recolha dos dados acima mencionados, a partir dos processos da Clínica Forense da Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, foi criada uma base de dados no programa Microsoft Excel 2010. A partir desta, realizou-se uma análise estatística, através de estatística descritiva, das variáveis obtidas. Após a realização da análise estatística determinou-se, para a amostra populacional em estudo, quais os tipos de traumatismo mais frequentes, quais as áreas oro-faciais mais afectadas, quais as lesões/sequelas oro-faciais mais prevalentes, bem como a média das várias incapacidades avaliadas ou período de doença decorrentes destas, na sede de Direito Civil, Penal e Trabalho.

## 4. RESULTADOS

No decorrer deste estudo retrospectivo foram consultados 1422 processos na Clínica Forense da Delegação do Sul do INML, I.P. Os processos consultados faziam parte das três grandes áreas do Direito, Civil, Penal e Trabalho, ao longo dos cinco anos decorridos entre 2005 e 2009. Recolheu-se informação de 100 processos de cada área do Direito e de cada um dos cinco anos contemplados no estudo, à excepção da informação dos processos de âmbito penal e de trabalho, de 2005, que corresponde a apenas 97 e 25 processos, respectivamente.

Quanto à variável sexo, no total dos processos consultados, 42,62% eram do sexo feminino e 57,38% do sexo masculino. Como se pode observar na Tabela 1, a

percentagem de indivíduos do sexo masculino é sempre superior à de indivíduos do sexo feminino, em cada um dos cinco anos.

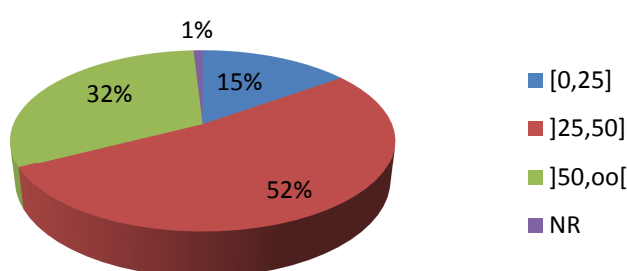
Correlacionando a variável sexo com o tipo de processo (Civil, Penal e Trabalho) voltamos a verificar que a percentagem de indivíduos do sexo masculino é maior nas três áreas do Direito comparativamente com os do sexo feminino. A maior diferença ocorre nos processos de âmbito de Trabalho, onde os indivíduos do sexo feminino são 10,34% e os do sexo masculino são 19,55%. Pode observar-se a totalidade dos dados que correlacionam a variável sexo com o tipo de processo na Tabela 1, em anexo nos Apêndices.

Relativamente à variável idade, em anos, os indivíduos foram agrupados em 3 classes, como mostra o Gráfico 1. A 0,91% correspondiam processos que não referiam a idade (NR), o equivalente a 13 processos do total de 1422, valor que é desprezível.

**Tabela 1 - Relação entre as variáveis sexo e ano de processo, em percentagem.**

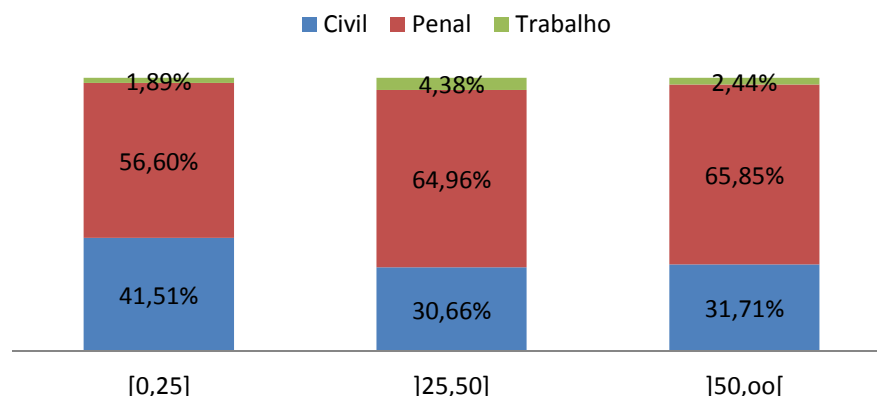
Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	Total
F	42,34%	46,00%	43,33%	37,00%	44,33%	42,62%
M	57,66%	54,00%	56,67%	63,00%	55,67%	57,38%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico 1- Distribuição das classes etárias, no global, em percentagem.**



Quando se analisa a idade em função do tipo de processo, pode concluir-se que nos processos de âmbito Civil a classe etária [0,25] é a mais frequente, com 41,51%; nos processos de âmbito Penal a mais frequente é a classe [50,∞[, com 65,85%; nos processos de âmbito de Trabalho a classe mais frequente é a [25,50], com 4,38%.

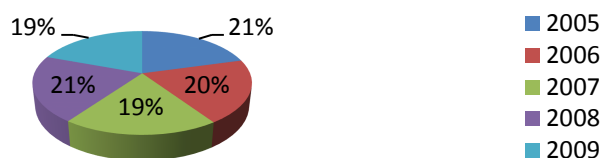
**Gráfico 2 - Relação entre as classes etárias e o tipo de processo, em percentagem.**



Dos 1422 processos consultados, 232 apresentavam pelo menos uma lesão no complexo oro-facial, sendo designados de **Processos Efectivos**.

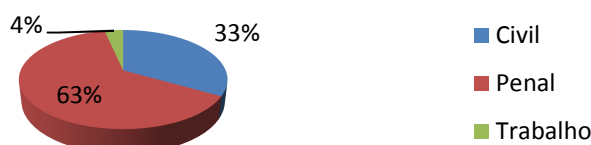
No que respeita à distribuição dos processos efectivos por ano, pode observar-se pelo Gráfico 3 que essa distribuição é bastante equitativa, variando entre os 19 e os 21%.

**Gráfico 3 – Distribuição dos processos efectivos por ano, em percentagem.**



Dos 232 processos efectivos, os mais comuns são os Penais, seguidos dos Civis e por fim os de Trabalho.

**Gráfico 4 - Distribuição dos processos efectivos por tipo de processo, em percentagem.**



Através do Gráfico 1, em anexo nos Apêndices, é possível observar a distribuição dos processos efectivos por Tipo de Processo e por ano.

Quanto ao tipo de relatório pericial consultado, este podia ser preliminar, intercalar ou final. Se a análise estatística incidir sobre todos os processos consultados, pode concluir-se que 11,53% eram preliminares, 88,12% eram finais e apenas 0,35% eram intercalares, o que corresponde a apenas 5 processos.

No entanto, se nos focarmos só nos 232 processos efectivos a percentagem de cada um dos tipos de relatório oscila um pouco, não apresentando contudo diferenças estatisticamente significativas quando comparada com a totalidade dos processos consultados.

**Gráfico 5 – Distribuição dos processos efectivos pelo tipo de relatório, em percentagem.**



Os Dados Documentais constituem elementos fundamentais para o melhor conhecimento, descrição e comprovação das lesões sofridas, de eventuais complicações e dos tratamentos efectuados. Desta forma, é importante que estes constem sempre dos relatórios periciais. Isso verificou-se na maioria dos processos efectivos consultados (68,53%). No entanto, quase um terço destes não dispunha de dados documentais (31,47%).

Depois de recolhidos e tratados todos os dados gerais acima referidos é fundamental apresentar os resultados que constituem o cerne deste estudo.

Para compreender as lesões e/ou sequelas oro-faciais mais frequentes na amostra populacional em estudo é importante saber qual o tipo de evento que a(s) originou. Foram registados 44 tipos de eventos diferentes, nos processos efectivos consultados, os quais se encontram listados na Tabela A, em anexo nos Apêndices. Os 5 tipos de eventos traumáticos mais frequentes foram: acidentes de viação (2) com 23%, agressão com mãos (9) com 23%, agressão com mãos e pés (15) com 13%, atropelamento por veículo ligeiro (34) com 7% e agressão com objecto contundente (23) com 5%. Devido a determinados eventos traumáticos apresentarem uma frequência muito baixa, ou seja, de apenas um caso cada um, foram reunidos numa categoria designada “Outros”, a qual

corresponde a 11,21%. A listagem dos eventos contidos na categoria “Outros” pode ser consultada na página x, a seguir à Tabela A.

Em 1% dos casos não vinha referido no relatório pericial o tipo de evento traumático, correspondendo no Gráfico 2, em anexo nos Apêndices, à sigla NR.

De acordo com o que se pode analisar, quando se fez a distribuição dos tipos de evento por área de Direito observou-se que os acidentes de viação (2) só estão contemplados nos processos de âmbito Civil e de Trabalho, como seria de esperar, sendo que nos processos Cíveis estão concentrados 90,57% dos casos. Os casos de atropelamento por veículo ligeiro também só estão documentados em processos Cíveis e Penais, estando reunidos 93,75% dos casos nos processos Cíveis e apenas 6,25% nos Penais. De forma análoga, as quedas em serviço (43) só se verificaram em processos do âmbito de Trabalho, concentrando-se aí 100% dos casos. As agressões com objecto desconhecido (25) ou com pés (27) só ocorreram em processos Cíveis e Penais, correspondendo cada uma a 50% dos casos, quer nuns quer noutros. Nos processos de âmbito Penal os tipos de evento traumático são muito variados, e todos os casos em que não referia no relatório pericial o tipo de evento traumático pertenciam a processos Penais. Pode analisar-se em pormenor esta correlação entre o tipo de evento e o tipo de processo no Gráfico 3, em anexo nos Apêndices.

Ao analisarmos o Gráfico 4, em anexo nos Apêndices, podemos observar o padrão de evolução dos oito tipos de evento mais comuns, ao longo dos cinco anos de que constam os dados. Verifica-se que todos eles aumentaram a sua frequência, desde 2005 a 2009, existindo contudo períodos de remissão do número de ocorrências quando comparado com o ano anterior.

Dos oito tipos de evento mais comuns, os dois que apresentam menor frequência são os acidentes de viação (2) e a agressão com arma branca (3), demonstrando uma tendência para diminuir o número de casos a partir de 2007 para o evento 2, e a partir de 2008 para o evento 3.

Dos restantes seis tipos de evento mais comuns o que apresenta maior frequência é o atropelamento por veículo ligeiro (34), demonstrando um aumento sempre crescente até 2008, tendo diminuído significativamente em 2009.

Depois temos a agressão com mãos (9), a agressão com pés (27) e as agressões com objectos contundentes (23), cortantes (24) e desconhecidos (25) que foram sofrendo variações de frequência ao longo dos cinco anos, comportando-se, no entanto, todas da mesma forma: aumentaram de 2005 para 2006, diminuíram de 2006 para 2007,

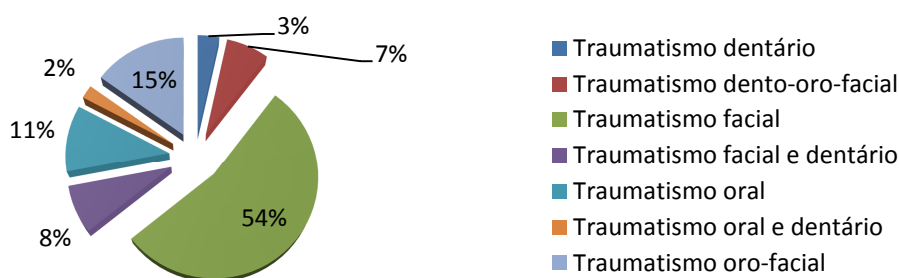


voltaram a aumentar ligeiramente de 2007 para 2008 e voltaram a diminuir depois em 2009. Contudo, em 2009 todos os oito tipos de eventos mais comuns eram mais frequentes, em valor absoluto, do que em 2005.

Os eventos traumáticos referidos anteriormente deram origem a diferentes tipos de traumatismos, estando estes divididos em 7 categorias: facial, oral, dentário, oro-facial, oral e dentário, facial e dentário e dento-oro-facial, como apresentado na Tabela B.

Dos 1422 processos consultados, 84% não apresentam nenhum destes tipos de traumatismo, como mostra a Tabela 2 o Gráfico 5, ambos em anexo nos Apêndices. Dos restantes 16%, que correspondem a 232 casos, a distribuição dos vários tipos de traumatismo faz-se da seguinte maneira, de acordo com o Gráfico 6 apresentado em seguida e com o Gráfico 6 em anexo nos Apêndices.

**Gráfico 6 – Distribuição dos tipos de traumatismo nos processos efectivos, em percentagem.**



Em qualquer um dos anos, de 2005 a 2009, o traumatismo mais frequente foi o facial, que em 2007 teve a maior frequência de casos, como se pode observar nos Gráficos 7, 8 e 9, em anexo nos Apêndices. Quanto ao segundo mais frequente divide-se em três hipóteses segundo os anos, sendo que em 2005 foi o traumatismo oral, em 2006, 2008 e 2009 foi o traumatismo oro-facial e em 2007 foi o traumatismo facial e dentário combinados.

Quando relacionamos o tipo de traumatismo com o tipo de processo, mais uma vez, o mais frequente nas três áreas do Direito é o traumatismo facial. O segundo mais frequente, à semelhança do que se verificou para a distribuição por anos, também se divide em três hipóteses, sendo que nos processos Penais é o oral, nos Cíveis é o oro-facial e nos de Trabalho são o oral e o facial e dentário combinados. Estes dados podem ser analisados com mais pormenor no Gráfico 10, em anexo nos Apêndices.

Durante o exame pericial, e após avaliação do tipo de evento e do tipo de traumatismo, é natural que muitas das vítimas relatem queixas, que correspondem a danos relativamente às funções e situações de vida. As “funções” correspondem às capacidades físicas e mentais (actuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre. As “situações de vida” correspondem à confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural.

Foram registados 43 tipos de queixas relatadas, nos processos efectivos consultados, os quais se encontram listados na Tabela C. Após a análise dos dados, foi possível concluir que as oito queixas mais relatadas foram: dor na pirâmide nasal (21) com 6,03%, dificuldade na função mastigatória (9) com 3,88%, dor na hemiface direita (16) com 3,88%, dor na hemiface esquerda (17) com 2,59%, dor na região malar esquerda (23) com 2,59%, dor na cavidade oral (14) com 2,16%, sentimento de prejuízo estético devido a cicatrizes (31) com 2,16% e dor nos lábios (29) com 1,29%, como se pode observar no Gráfico 11, em anexo nos Apêndices.

Nalguns casos, correspondendo a 3,02% dos processos efectivos, não foram registadas queixas nos relatórios periciais, não sabendo se estas existiam ou não. Em 55,17% dos casos os pacientes relataram não ter queixas relativas ao complexo oro-facial, sendo esta categoria designada por “Inexistentes”.

O tipo de traumatismo onde é mais frequente as queixas serem inexistentes é o traumatismo facial, com 80 processos sem queixas, e o tipo de traumatismo com menor frequência de queixas inexistentes é o oral e dentário combinados, com apenas 2 processos sem queixas, como mostra o Gráfico 12, em anexo nos Apêndices.

Quando relacionamos as queixas com o tipo de traumatismo sofrido, verifica-se que as queixas com os códigos 16, 21, 23 e 31 são as mais frequentes no traumatismo facial, as que têm os códigos 14 e 29 são as mais frequentes no traumatismo oral e a queixa com o código 9 é igualmente frequente no traumatismo dentário e no traumatismo facial e dentário combinados. Verificou-se que nos traumatismos facial, oral e oro-facial foi onde se registou não haver qualquer tipo de queixas referidas no processo (NR). Estes dados podem ser observados no Gráfico 13, em anexo nos Apêndices.

É necessário, durante o exame pericial, realizar o exame objectivo da vítima. Este descreve o dano no corpo, neste caso no complexo oro-facial, avaliando os aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas,

histológicas, fisiológicas e genéticas. É importante recolher a indicação de todas as características das lesões ou sequelas.

Assim, neste estudo, foram avaliadas as áreas do complexo oro-facial afectadas. Foram registadas 52 áreas distintas, nos processos efectivos consultados, as quais se encontram listadas na Tabela D e apresentadas no Gráfico 14, em anexo nos Apêndices.

As 9 áreas afectadas mais frequentemente são: dentes (7) com 19,48%, região malar esquerda (40) com 8,44% e direita (39) com 3,90%, pirâmide nasal – área não especificada ou desvio (29) com 4,76%, pirâmide nasal na linha média – dorso (32) com 3,03% ou pirâmide nasal à esquerda (31) com 2,16%, mucosa do hemilábio superior direito (21) com 2,16% e esquerdo (22) com 3,03% e região mentoniana na linha média (43) com 2,38%. Em 11,69% dos 232 processos efectivos consultados as áreas afectadas não se encontravam especificadas (NE).

Quando relacionamos estas 9 áreas mais afectadas com o tipo de traumatismo verifica-se que os dentes (7) são afectados em todos os tipos de traumatismo, excepto no oro-facial. O traumatismo facial causa lesões essencialmente na região malar direita (39) e esquerda (40), na região mentoniana na linha média (43) e na pirâmide nasal (29, 31 e 32). Já as lesões da mucosa do hemilábio superior direito (21) e esquerdo (22) são causadas, maioritariamente, pelo traumatismo oro-facial, como podemos observar no Gráfico 15, em anexo nos Apêndices.

Relacionando agora as áreas mais afectadas com o tipo de processo, verifica-se que a lesão nos dentes (7) ocorre, essencialmente, nos processos Cíveis, sendo depois a única das nove áreas mais afectadas que surge nos processos de Trabalho. As restantes áreas mais afectadas dividem-se entre Penais e Cíveis, estando os códigos 21, 22, 32 e 40 maioritariamente descritos nos processos Penais e os códigos 31 e 43 maioritariamente nos Cíveis.

Estas nove áreas mais afectadas dividem-se pelos processos efectivos das três áreas do Direito da seguinte forma: 52,19% nos Cíveis, 45,18% nos Penais e 2,63% nos de Trabalho. Estes resultados podem ser observados no Gráfico 16, em anexo nos Apêndices.

Por fim, no que respeita ao exame objectivo, é importante avaliar quais os tipos de lesão mais frequentes. Assim, foram registados 56 tipos de lesões/sequelas, nos processos efectivos consultados, os quais se encontram listados na Tabela E e apresentados no Gráfico 17, em anexo nos Apêndices.

Desses 56 tipos de lesões/sequelas, as sete mais comuns são: cicatriz (8) com 27,91%, escoriação (21) com 15,05%, equimose (19) com 8,25%, edema (17) com 3,40%, fractura coronária (32) com 2,91% e desvio (12) e ferida incisa (28), ambas com 2,43%.

Em 7,77% dos relatórios periciais dos processos efectivos consultados constava a informação de que a vítima não apresentava vestígios de etiologia traumática visíveis (57).

Relacionando os tipos de lesão/sequela com os tipos de processo verifica-se que as cicatrizes (8) ocorreram 80% em Civil, 19,13% em Penal e 0,87% em Trabalho; as escoriações (21) e as feridas incisas (28) ocorreram 100% em Penal; as equimoses (19) ocorreram 2,94% em Civil e 97,06% em Penal e as fracturas coronárias (32) ocorreram 50% em Civil, 41,67% em Penal e 8,33% em Trabalho, como se pode observar no Gráfico 18, em anexo nos Apêndices.

Quando analisamos os tipos de traumatismo onde estas lesões/sequelas ocorreram mais frequentemente verificamos que as cicatrizes (8) ocorreram essencialmente no traumatismo oro-facial (41,43%) e dento-oro-facial (38,10%), as escoriações (21) no traumatismo oral (39,39%) e oro-facial (22,86%) e as equimoses (19) no traumatismo facial (13,29%) e facial e dentário combinados (8,93%), como mostra o Gráfico 19, em anexo nos Apêndices.

Os sete tipos de lesões/sequelas mais comuns ocorreram com diferentes frequências nos cinco anos que o estudo contempla. Através da análise do Gráfico 20, em anexo nos Apêndices, verificou-se que as escoriações (21) e os edemas (17) ocorreram mais frequentemente em 2005, as cicatrizes (8) e as equimoses (19) em 2006, as feridas incisas (28) em 2007 e os desvios (12) e as fracturas coronárias (32) em 2008. O ano de 2009 foi aquele onde mais processos houve em que não eram apresentados vestígios de etiologia traumática visíveis (57) aquando do exame objectivo.

O nexo de causalidade (imputabilidade médica) corresponde ao estabelecimento de uma relação entre a alteração na integridade psico-física de uma dada pessoa e um determinado evento traumático. Na ponderação deste nexo o perito deverá ter em consideração os critérios clássicos propostos por Muller e Cordonier (cf. Vieira e Corte-Real, 2008), que se encontram enunciados na Tabela F, em anexo nos Apêndices.

Dos 232 processos efectivos consultados, apenas 10 não permitiram admitir o nexo de causalidade (NP), sendo que desses, 90% ocorreram em processos Penais e 10% em Civis. Os restantes 222 processos efectivos permitiram admitir o nexo de

causalidade (P), correspondendo 59,79% a processos Penais, 35,98% a Cíveis e 4,23% a processos de Trabalho, como mostra o Gráfico 21, em anexo nos Apêndices.

No que respeita aos processos de âmbito Penal a média global de Período de Doença foi 10 dias, sendo a média em cada ano a seguinte:

Ano	2005	2006	2007	2008	2009
Dias	6,84	5,86	4,93	15,26	15,89

A média global do período com afectação da capacidade para o trabalho geral foi de 8 dias, sendo a média em cada ano a seguinte:

Ano	2005	2006	2007	2008	2009
Dias	1,40	2,09	1,87	10,52	12,11

A média global do período com afectação da capacidade para o trabalho profissional foi de 4,5 dias, sendo a média em cada ano a seguinte:

Ano	2005	2006	2007	2008	2009
Dias	2,24	1,73	1,60	12,65	3,93

Em apenas 9 casos, dos 122 contemplados no âmbito Penal, não foi possível formular conclusões médico legais pela ausência de lesões traumáticas ou seus vestígios.

Os gráficos referentes à frequência destas três variáveis referidas acima encontram-se em anexo nos Apêndices, sendo respectivamente o Gráfico 22, 23 e 24.

No que respeita aos processos de âmbito de Trabalho, a frequência da I.P.P foi a seguinte: três casos de 0%, um caso de 6,95%, um caso de 7,5%, um caso de 7,83%, um caso de 12,5% e um caso de 59,5%. A média global da I.P.P nos oito processos contemplados foi de 11,79%.

No que respeita aos processos de âmbito Civil, as médias globais, em dias, das variáveis I.T.G.T, I.T.G.P, I.T.P.T e I.T.P.P foram as seguintes:

Variáveis	I.T.G.T	I.T.G.P	I.T.P.T	I.T.P.P
Média (em dias)	59,18	431,15	250,03	179,54

Para a I.T.G.T e I.T.G.P a média para cada ano encontra-se nas Tabelas 3 e 4, ambas em anexo nos Apêndices.

Houve 8 casos em que a I.T.G.P foi estabelecida de forma mais particular, como mostra o quadro seguinte:

185 dias com 25% de I.T.G.P
185 dias com 40% + 164 dias com 20% + 125 dias com 15% de I.T.G.P
192 dias com 10% + 92 dias com 5% de I.T.G.P
26 dias com 20% de I.T.G.P
31 dias com 20% de I.T.G.P
31 dias com 20% + 24 dias com 10% de I.T.G.P
37 dias com 20% de I.T.G.P
493 dias com 15% de I.T.G.P

O mesmo ocorreu, em 6 casos, com a I.T.P.P, como mostra o quadro seguinte:

31 dias com 20% + 24 dias com 10% de I.T.P.P
31 dias com 50% de I.T.P.P
37 dias com 10% de I.T.P.P
419 dias com 10% de I.T.P.P
61 dias com 15% de I.T.P.P
96 dias com 50% de I.T.P.P

O grau de *Quantum Doloris* mais frequente foi o grau 5, com uma frequência de vinte e três casos. De grau 2 registaram-se dois casos, de grau 3 treze casos, de grau 4 vinte casos e de grau 6 dez casos. O Gráfico 25, em anexo nos Apêndices, mostra a curva de distribuição desta variável.

A média global da I.P.G foi de 18,22%, mostrando o Gráfico 26, em anexo nos Apêndices, a sua distribuição.

Quanto ao Dano Futuro o mais frequente foi não existir dano futuro, o que ocorreu em 53 casos. A média desta variável foi de 1,04% (ou pontos), sendo que em valor absoluto a percentagem mais frequente foi de 5% em 9 casos, como mostra o Gráfico 27, em anexo nos Apêndices. A restante distribuição ocorreu da seguinte forma: 1% num caso, 3% em três casos e 15% noutro caso.

A média global do Dano Estético foi grau 3 (de 1 a 7), sendo que os que ocorreram mais frequentemente foram os graus 2 e 5. Podem observar-se estes dados no Gráfico 28, em anexo nos Apêndices.

Quanto ao Rebate Profissional, na maior parte dos casos, as sequelas resultantes do evento traumático eram compatíveis com o exercício da actividade profissional (em 27 casos completamente compatíveis e em 33 casos compatíveis mas exigindo esforços suplementares). Em apenas 8 casos dos 68 com envolvimento Civil se verificou que as sequelas eram incompatíveis com o exercício da actividade profissional, como mostra o Gráfico 29, em anexo nos Apêndices. Ocorreram 3 casos com Prejuízo Juvenil, sendo um de grau 3 e dois de grau 4, e um caso com Prejuízo Escolar de grau 1.

Em 16 casos onde houve Prejuízo de Afirmação Pessoal a média, e também a moda, foi o grau 2 (de 1 a 5). A distribuição foi a seguinte: quatro casos de grau 1, oito casos de grau 2, três casos de grau 3 e um caso de grau 4.

Em 4 casos ocorreu Prejuízo Sexual, sendo a distribuição por graus a seguinte: dois casos de grau 3, um caso de grau 4 e um caso de grau 5.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 Dados Epidemiológicos

Quando se atenta ao sexo dos indivíduos dos processos consultados para este estudo verifica-se que a prevalência de indivíduos do sexo masculino é superior à de indivíduos do sexo feminino, num *ratio* de 1,35:1, na globalidade das três áreas do Direito. De acordo com a literatura consultada (Caldas IM, 2009) verifica-se que de uma forma geral o *ratio* Homem/Mulher varia entre 5,8:1 e 10:1. Esta situação poderá ser explicada pelo facto de os homens, habitualmente, participarem num maior número de actividades exteriores e estarem expostos a um maior número de interacções violentas. Todavia, nos últimos tempos, a literatura tem apresentado resultados que apontam para uma tendência para igualização do *ratio*. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos neste estudo epidemiológico retrospectivo. Tal pode dever-se a uma série de factores, nomeadamente às alterações das condições de trabalho, bem como ao facto de as mulheres, cada vez mais, desempenharem profissões com risco associado, tornando-se mais expostas aos acidentes de viação e a outras causas de traumatismo oro-facial (Caldas IM, 2009). Quando especificamos a prevalência de indivíduos do sexo masculino e feminino em relação à área do Direito as diferenças voltam a não ser significativas, continuando a ser mais prevalente o sexo masculino. De acordo com

Marques JMA, 1998, e em sede de Direito Penal, em 133 casos, 86 corresponderam a indivíduos do sexo masculino e 47 do sexo feminino. No âmbito do Direito Civil, e de acordo com Caldas IM, a prevalência de indivíduos do sexo masculino foi de 75,10% num estudo de 2009, e de 69,4% num estudo de 2008, contemplando apenas os acidentes de viação. No estudo a que respeita o presente trabalho, a maior diferença foi sentida no âmbito do Direito de Trabalho, onde o *ratio* Homem/Mulher foi de 1,89:1.

No que concerne à idade, em anos, dos indivíduos afectados, a classe etária mais atingida é a dos 26 aos 50 anos, com 52% da totalidade dos casos. Quando especificamos esta variável relativamente à área do Direito verifica-se que no Direito Civil a classe etária mais frequente foi a dos 0 aos 25 anos, dado este que não vai de encontro aos resultados obtidos no estudo efectuado na Delegação do Norte do INML, no âmbito do mesmo Direito, onde a média de idades foi de 30,46 anos (Caldas IM, 2009). Também num outro estudo, de 2008, do mesmo autor foi obtido o valor de 32,37 anos como média da idade da vítima. Em sede de Direito Penal, neste estudo, obteve-se que a classe etária mais atingida foi a de idade superior a 50 anos, o que também não vai de encontro aos resultados obtidos num outro estudo de âmbito Penal, onde as classes etárias mais prevalentes foram a dos 30 aos 39 anos e a dos 40 aos 49 anos. Não encontrei dados que me permitissem comparar a variável idade em sede de Direito de Trabalho, sendo que neste estudo a classe mais atingida foi a dos 26 aos 50 anos.

## 5.2 Variáveis em Análise

Da totalidade de processos efectivos analisados neste estudo, os mais frequentes foram os de âmbito Penal, seguidos dos Cíveis e por último dos de Trabalho. Ao querer comparar as variáveis em estudo com os dados da Delegação do Norte do INML deparei-me com o facto de só o poder fazer no que diz respeito ao âmbito Civil, uma vez que os processos analisados num estudo semelhante a este apenas dizem respeito ao dano oro-facial pós-traumático resultante de acidentes de viação, logo, no âmbito Civil (Caldas IM, 2009). Nos processos efectivos de 2005 a 2009, consultados na Delegação do Sul do INML, os Cíveis variaram de uma frequência de 27% a 47%, os Penais de 53% a 69% e os de Trabalho de 2% a 9%, sendo que o ano de 2007 foi o único onde não se obtiveram processos efectivos de âmbito Laboral. Contudo, e citando Caldas IM, 2009, em Portugal, os estudos apontam para uma alta prevalência de sequelas oro-faciais no contexto dos acidentes laborais. Dos exames periciais realizados na Faculdade de



Medicina Dentária da Universidade do Porto, no período compreendido entre 2005 e 2007, 51,5% diziam respeito a sequelas oro-faciais adquiridas no contexto dos acidentes de trabalho.

O tipo de relatório que constava dos processos médico-legais consultados era importante para este estudo, na medida em que apenas os relatórios finais contribuiriam com dados quer a nível das lesões/sequelas sofridas quer a nível das incapacidades ou período de doença delas resultantes. Devido à elevada prevalência de relatórios finais (86%) comparativamente com a de relatórios preliminares (13%), foi possível levar a cabo o estudo proposto e cumprir os seus objectivos.

Dos 44 tipos diferentes de Eventos Traumáticos considerados neste estudo, os acidentes de viação (23%) e os atropelamentos por veículo ligeiro (7%) constituem um total de 30% dos casos. Talvez este tenha sido um dos motivos para a Delegação do Norte do INML desenvolver um estudo epidemiológico com base apenas neste tipo de evento traumático, focando somente a área Civil (Caldas IM, 2009). Ainda de acordo com outro estudo, os atropelamentos representaram quase metade do total dos acidentes, sendo o sexo masculino o mais afectado pelos acidentes de viação (Marques JMA, 1998). Contudo, verificou-se que ao longo dos cinco anos a que o presente estudo diz respeito, a prevalência de acidentes de viação mas, sobretudo, de atropelamentos por veículo ligeiro tem diminuído. Outros dos eventos mais frequentes neste estudo foram as agressões com mãos (23%) e com mãos e pés (13%), dado este que se reflecte num outro estudo, onde, no âmbito Penal, os objectos de agressão mais frequentes foram as mãos em 44,9% dos casos e os pés em 13,9% dos casos (Marques JMA, 1998). Ainda no mesmo estudo, a agressão com objectos vários (não discriminados) correspondeu a 24,1% dos casos, enquanto no presente estudo a totalidade de agressões com objectos contundentes, cortantes e desconhecidos (isoladamente) não foi além dos 7%. A agressão com cabeçada (isoladamente) neste estudo corresponde a 2% e com arma branca (isoladamente) a 3%, o que não varia muito dos valores obtidos por Marques JMA, 1998, sendo estes de 5,7% e 5,1%, respectivamente. No âmbito Laboral, a queda em serviço foi o evento mais frequente, correspondendo a 1% da totalidade dos eventos traumáticos.

De acordo com Marques JMA, 1998, as possíveis localizações das lesões sofridas poderiam ser em qualquer zona do corpo, pois o estudo contemplava todo o organismo. No entanto, focando apenas a região oro-facial, 28,8% das lesões encontravam-se na face e apenas 1,4% na cavidade oral, no âmbito Penal. No âmbito

Civil, este autor refere que a face é atingida em 11% e a cavidade oral em 0,5% dos casos de acidentes de viação e em 9,3% e 0,3%, respectivamente, de casos de atropelamentos. Também em Direito Civil, e de acordo com Caldas IM, 2008, aquando do dano oro-facial, os tecidos moles faciais são afectados em 37,7% dos casos, os dentes e tecidos periodontais em 22,7%, o maxilar superior e a mandíbula em 17,9%, os lábios em 15,9%, a língua em 3,4 % e os tecidos orais em apenas 2,4%. De acordo com o mesmo autor, em 2009, no estudo desenvolvido na Delegação do Norte do INML, se considerarmos apenas o local da lesão mais grave, a face foi o local mais atingido (43,8%), sendo que em 33,2% dos casos a face foi mesmo o único local de lesão. De facto, no presente estudo foi possível concluir que o tipo de traumatismo mais frequente, em qualquer das três áreas do Direito e em qualquer dos anos, foi o traumatismo facial, sendo que na globalidade se segue o traumatismo oro-facial. Os resultados finais são assim consistentes com os de outros estudos. No entanto, no âmbito Civil, na Delegação do Norte do INML, a área definida pelos dentes e tecidos periodontais foi a que apresentou o maior número de lesões (n=218); os lábios e a mucosa oral, bem como os tecidos moles peri-orais, foram as áreas que se seguiram em termos de prevalência de lesões oro-faciais (n=112, n=105 e n=100, respectivamente) (Caldas IM, 2009). No estudo a que me propus na Delegação do Sul, cheguei a resultados semelhantes. As nove áreas mais frequentemente afectadas foram: dentes (19,48%), região malar esquerda (8,44%) e direita (3,90%), pirâmide nasal (9,95%), mucosa do hemilábio superior direito (2,16%) e esquerdo (3,03%) e região mentoniana na linha média (2,38%). Relacionando as áreas mais afectadas neste estudo com as três áreas do Direito, verificou-se que as lesões nos dentes ocorreram, essencialmente nos processos Cíveis, sendo depois a única das nove áreas mais afectadas a ocorrer nos processos de Trabalho. As restantes áreas mais afectadas dividem-se entre Penais e Cíveis, sendo as áreas correspondendo aos códigos 21, 22, 32 e 40 maioritariamente descritas nos processos Penais e as correspondendo aos códigos 31 e 43 maioritariamente nos Cíveis.

Quando avaliamos as principais queixas relatadas nos processos efectivos concluímos que estas são: dor na pirâmide nasal (6,03%), dificuldade na função mastigatória (3,88%), dor na hemiface direita (3,88%) e esquerda (2,59%), dor na região malar esquerda (2,59%), dor na cavidade oral (2,16%), sentimento de prejuízo estético devido a cicatrizes (2,16%) e dor nos lábios (1,29%). E ao avaliar as lesões/sequelas mais frequentes pude concluir que se tratavam de cicatrizes (27,91%),

escoriações (15,05%), equimoses (8,25%), edema (3,40%), fracturas coronárias (2,91%), algum tipo de desvio (2,43%) e feridas incisais (2,43%). Na Delegação do Norte do INML, as fracturas dentárias foram as principais lesões relacionadas com os dentes e tecidos periodontais (n=176) e as lacerações/escoriações foram as mais prevalentes quando relacionadas com os lábios, a mucosa oral e os tecidos moles periorais (n=112, n=105 e n=100, respectivamente). Estas foram as principais zonas e as principais lesões/sequelas orgânicas, referidas na Delegação do Norte (Caldas IM, 2009). O mesmo estudo dividiu ainda as sequelas em mais dois grupos: as funcionais e as situacionais. Nas primeiras, a maior prevalência ocorreu na dificuldade na mastigação (24,0%), o que é consistente com os resultados encontrados no presente estudo, uma vez que, embora não tenha feito a separação das sequelas nestes três grupos, uma das principais queixas das vítimas foi precisamente dificuldade na função mastigatória. De acordo com o mesmo autor, a dificuldade na preensão com os dentes (18,7%), na continência oral (13,9%) e na percepção de estímulos (11,8%) foram outras das principais sequelas funcionais. Em relação às sequelas situacionais, a que mais afectou a vida diárias foi a dificuldade em comer (13,8%), pelos mais variados motivos, sendo a dificuldade de “comer em público” (11,2%) indicada também como a principal sequela que afectou as actividades da vida afectiva, social e de lazer. No entanto, a afectação da relação social, com a família e com o cônjuge, nomeadamente por motivos estéticos, teve uma prevalência conjunta de 10,1% e o constrangimento em sorrir e rir uma prevalência de 5,9%. (Caldas IM, 2009). Os dados acima enunciados são assim consistentes com os encontrados na Delegação do Sul. Em 7,77% dos relatórios dos processos efectivos consultados constava a informação de que a vítima não apresentava vestígios de etiologia traumática visíveis. Muitas das vezes, o tempo decorrido entre o evento traumático e o último exame de avaliação pericial é um factor que pode influenciar os dados (Caldas IM, 2009). Relacionando os tipos de lesão/sequela com os tipos de processo verifica-se que as cicatrizes (8) ocorreram 80% em Civil, 19,13% em Penal e 0,87% em Trabalho; as escoriações (21) e as feridas incisais (28) ocorreram 100% em Penal; as equimoses (19) ocorreram 2,94% em Civil e 97,06% em Penal e as fracturas coronárias (32) ocorreram 50% em Civil, 41,67% em Penal e 8,33% em Trabalho.

O nexo de causalidade era também importante como variável para atingir os objectivos deste estudo, uma vez que, se não existisse nexo de causalidade não se determinariam incapacidades ou período de doença. Apenas um reduzido número de

processos efectivos não apresentou nexo de causalidade (n=10), o que mais uma vez ajudou a alcançar os objectivos deste estudo.

Neste estudo, as vítimas consideradas poderiam ou não ser politraumatizados, uma vez que não se seleccionaram apenas os processos com danos oro-faciais exclusivamente, embora fossem apenas esses que interessassem para o estudo. Este é um dos motivos a apontar desde já para o facto de se terem obtido quer períodos de doença, em Direito Penal, quer incapacidades e items de avaliação do dano corporal, em Direito Civil e de Trabalho, tão elevados nalguns casos.

Nos processos de âmbito Penal a média global de período de doença foi de 10 dias, e as de período com afectação da capacidade para o trabalho geral e para o trabalho profissional foram de 8 e 4,5 dias, respectivamente. Este decréscimo no número de dias nas três variáveis é congruente com o significado de cada uma delas. Eventualmente, devido a um maior recurso à peritagem médico-legal e a um melhor conhecimento dos seus direitos e apoio jurídico por parte das vítimas, o número de dias de período de doença e de afectação da capacidade para o trabalho geral foi crescente ao longo dos cinco anos. Apenas o período com afectação da capacidade para o trabalho profissional sofreu muitas oscilações, difíceis de explicar.

No âmbito de Trabalho apenas foi avaliada a I.P.P, pois embora esta área do Direito seja sujeita aos mesmos critérios de avaliação da área Civil, e portanto aos restantes tipos de Incapacidades e items de avaliação do dano corporal, é a I.P.P a variável que mais importa para efeitos ressarcitórios em sede de Direito Laboral. Neste estudo, houve casos dos quais não resultaram nenhum tipo de I.P.P, sendo a I.P.P mais alta atribuída de 59,5%, ou pontos, resultando numa média de 11,79%, ou pontos. Continua no entanto, a ser uma I.P.P relativamente elevada se estivermos a falar apenas de danos oro-faciais e sequelas daí decorrentes. Mas é preciso não esquecer que continuamos a falar da avaliação do dano oro-facial enquadrada num indivíduo que pode ser politraumatizado. Outro factor que pode levar a estes resultados é a amostra ser muito pequena (n=8).

É importante explicar o facto de estar a referir a I.P.P em percentagem e em pontos. É que até 2008 as Incapacidades eram atribuídas em percentagem, passando depois a ser atribuídas em pontos, de acordo com o Decreto Lei 352/2007, de 23 de Outubro (Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 204). Assim, e para estar de acordo com o mesmo, passarei a designá-las em pontos a partir de agora.

No âmbito Civil, as médias globais, em dias, das Incapacidades Temporárias foram: I.T.G.T de 59,18 dias, I.T.G.P de 431,15 dias, I.T.P.T de 250,03 dias e I.T.P.P de 179,54 dias. A média da I.P.G foi de 18,22 pontos. Registaram-se alguns casos particulares de I.T.G.P e de I.T.P.P onde foram atribuídas diferentes percentagens por um determinado número de dias, os quais não podiam ser somados pois estas diferentes percentagens não são cumulativas. A atribuição de Dano Futuro não foi frequente nos casos em análise. Contudo, dos casos que o apresentavam a média foi de um Dano Futuro de 1,04 pontos.

Relativamente aos itens de avaliação do dano corporal temos que: no *Quantum Doloris* o grau mais frequente foi o 5/7; no dano estético a média foi o grau 3/7, sendo que os de maior frequência foram os graus 2/7 e 5/7; no Prejuízo de Afirmação Pessoal a média e também a moda foi o grau 2/5.

De acordo com Caldas IM, 2008, a média de I.T.G.T foi de 112,93 dias e a de I.T.G.P foi de 219,54 dias; a da I.P.G foi de 20,5 pontos; a do *Quantum Doloris* foi de grau 4,17 e a do Dano Estético foi de grau 2,23. Isto para o dano corporal geral. Quando avaliado isoladamente o dano oro-facial, a média de I.T.G.T foi de 58,6 dias e a de I.T.G.P foi de 123,5 dias; a da I.P.G foi de 9,4 pontos; a do *Quantum Doloris* foi de grau 3,45 e a do Dano Estético foi de grau 1,64. Tal como esperado, neste caso os valores obtidos foram mais baixos pois estava a ser considerado o dano oro-facial isoladamente. Os valores obtidos por Caldas IM, em 2008, para o dano corporal geral, não estão muito distantes dos valores a que cheguei com este estudo.

Quanto ao Rebate Profissional, na maioria dos casos, as sequelas eram compatíveis com o exercício da actividade profissional. Apenas 8 casos, no âmbito Civil, apresentaram sequelas incompatíveis com o exercício da actividade à data. Esta podia ser actividade profissional, ou no caso de crianças/adolescentes poderia ser traduzida por um Prejuízo Juvenil e/ou Escolar.

No entanto, para estas variáveis, bem como para o Prejuízo Sexual, não se calcularam médias devido a uma amostra muito reduzida. A média é uma medida estatística pouco robusta, que com pouca amostra se torna desaconselhada para tirar conclusões.

## 6. CONCLUSÃO

Quando falamos de dano no complexo oro-facial, este estudo concluiu que o traumatismo facial é o principal factor etiológico, em qualquer um dos anos de 2005 a 2009 e em qualquer das três áreas do Direito, logo seguido pelo traumatismo oro-facial.

As áreas mais frequentemente afectadas são significativamente diferentes, sobretudo a nível das áreas Civil e Penal. No direito Civil os dentes e a região mentoniana na linha média são as mais afectadas, o que difere do Direito Penal, onde o são o lábio superior e a região malar esquerda. Esta última localização pode ser justificada pelo facto de a maioria dos indivíduos serem dextros e, portanto, durante as agressões, ao usarem preferencialmente a mão direita, vão atingir uma das regiões mais salientes do lado esquerdo da vítima, a região malar esquerda.

As principais queixas que as vítimas apresentaram foram dor, dificuldade na função mastigatória e sentimento de prejuízo estético devido a cicatrizes. Esta última queixa é consistente com o facto de as sequelas oro-faciais mais frequentes neste estudo terem sido precisamente cicatrizes. As lesões/sequelas mais frequentes são significativamente diferentes nas três áreas do Direito. As cicatrizes ocorreram essencialmente no âmbito Civil (80%) enquanto as escoriações, as feridas incisais e as equimoses ocorreram exclusivamente ou na grande maioria no âmbito Penal (respectivamente 100%, 100% e 97,06%). As fracturas coronárias foram as que apresentaram uma distribuição mais uniforme pelas três áreas do Direito, resultando ainda assim em apenas 8,33% no âmbito Laboral.

As incapacidades ou período de doença resultantes das sequelas contempladas no estudo têm que ser tidos em linha de conta como factores que podem ajudar a aferir sobre a gravidade das lesões/sequelas. No entanto, há que ter em consideração o facto destas variáveis poderem estar sobrevalorizadas, na medida em que as vítimas podem ser indivíduos politraumatizados, estando a avaliar-se o dano corporal geral e não apenas o oro-facial.

A maioria dos estudos que existem nesta área foca as lesões oro-faciais, mas não as suas sequelas e o impacto que estas podem ter na vida dos indivíduos. Outros há, que se referem à avaliação do dano corporal geral e não especificamente do dano oro-facial. Desta forma, é importante que se realizem mais estudos, para que as conclusões possam ser mais definitivas e consistentes. Quanto melhor for estudado o dano oro-facial, melhor e mais célere será o auxílio da Medicina Dentária Forense à Justiça.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Bouchardet FCH. Avaliação do dano buco-maxilo-facial: metodologia Europeia baseada no contexto brasileiro (Tese de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2006.
2. Calabuig JAG. Medicina legal y toxicología. Masson. 5ª Edición. Barcelona. 2001.
3. Caldas IM. Avaliação do Dano Orofacial Pós-Traumático (Tese de Doutoramento). Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2009.
4. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. Orofacial damage resulting from road accidents. Dent Traumatol 2008;24:410-15.
5. Código Civil Português (2011). Almedina. Coimbra.
6. Corte-Real F. O estado anterior na avaliação do dano corporal de natureza cível. Ver Port Dano Corp 1997;6(7):83-100.
7. Cueto CH, Fayet DG, Vieira DN. Tablas y baremos de valoración. In: Cueto CH. Valoración médica del daño corporal. Guia práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. P.427-69.
8. Diário da República, 1ª série — N.º 204 — Decreto Lei 352/2007, 23 de Outubro.
9. Dias JAA. Dano Corporal – Quadro Epistemológico e Aspectos Ressarcitórios. Livraria Almedina – Coimbra. Reimpressão da 1ª Edição de Setembro de 2001. Junho 2004.
10. Fanghänhel J, Gedrange T. On the development, morphology and function of the temporomandibular joint in the light of the orofacial system. Ann Anat 2007;189:314-9

11. Magalhães T. Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação (sua aplicação médico-legal). Livraria Almedina – Coimbra. 1ª Edição. 1998.
12. Magalhães T, Corte-Real F, Santos JC, Vieira DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense, relativos ao dano pós-traumático. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2010;20:53-61.
13. Marques JMA. Traumatismos Dentários com interesse Médico-Legal (Tese de Doutoramento). Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 1998.
14. Oliveira Sá. Clínica Médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil. APADAC, Coimbra, 1992.
15. Pérez BP. Introducción a la odontologia forense. *Gaceta Dental* 2009;206:198-99.
16. Pérez MGB, Pérez CMGB. Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 17ª ed. Comares Editorial. Granada 2010. p.1-5, 18-19, 22-23, 26-35, 53-57, 156-159, 243-244.
17. Rodrigues MA. Avaliação do Dano Maxilo-Dentário. *Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense* 1992;VI(1):29-34.
18. Vieira DN, Quintero JA, Fernández CB, Calvo EL, Corte-Real F, Pascual G, Santos JA, Santos JC, Figueiredo P, Alías P, Magalhães T. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. *Biblioteca Seguros*. Julho 2008;2.
19. Waller PY, Achard M. Les traumatismes dentaires et leur reparation. *Rev Fr Dommage Corp* 2008;1:9-24.



# APÊNDICES

**Índice de Abreviaturas**

Articulação Temporomandibular	ATM
Incapacidade Permanente Geral	I.P.G
Incapacidade Permanente Parcial	I.P.P
Incapacidade Temporária Genérica Parcial	I.T.G.P
Incapacidade Temporária Genérica Total	I.T.G.T
Incapacidade Temporária Profissional Parcial	I.T.P.P
Incapacidade Temporária Profissional Total	I.T.P.T
Instituto Nacional de Medicina Legal	INML
Ossos próprios do nariz	OPN

## Índice de Códigos e Especificações

- **Nomenclatura Dentária**

A numeração dos dentes por quadrantes obedece a normas internacionais. A adotada por nós é a numeração da FDI - International Dental Federation, em que cada dente é identificado por dois dígitos, o primeiro relativo ao quadrante e o segundo à posição dentro do quadrante.



**Figura 1 - Nomenclatura Dentária de acordo com a FDI - International Dental Federation (ISO-3950)**

- **Tipo de Evento**

**Tabela A – Codificação da variável “ Tipo de Evento”**

<b>Código</b>	<b>Evento</b>
1	Acidente de barco
2	Acidente de viação
3	Agressão com arma branca
4	Agressão com arranhões
5	Agressão com cabeçada
6	Agressão com cabeçada e joelhada
7	Agressão com empurrão
8	Agressão com joelhada
9	Agressão com mãos
10	Agressão com mãos e arma branca
11	Agressão com mãos e cabeçada
12	Agressão com mãos e cotovelada
13	Agressão com mãos e joelhada
14	Agressão com mãos e objecto contundente
15	Agressão com mãos e pés
16	Agressão com mãos, objecto cortante e mordedura humana
17	Agressão com mãos, pés e arma de fogo
18	Agressão com mãos, pés e cabeçada
19	Agressão com mãos, pés e objecto contundente
20	Agressão com mãos, pés, choques eléctricos e lume
21	Agressão com mãos, pés, cabeçada e mordedura humana
22	Agressão com mordedura humana

23	Agressão com objecto contundente
24	Agressão com objecto cortante
25	Agressão com objecto desconhecido
26	Agressão com objecto perfurante
27	Agressão com pés
28	Agressão com pés e objecto contundente
29	Agressão com pés e objecto cortante
30	Agressão com projectil de arma de fogo
31	Agressão no contexto de uma detenção
32	Agressão por arrastão
33	Atingimento por chapa de cofragem
34	Atropelamento por veículo ligeiro
35	Atropelamento por veículo pesado
36	Corpo estranho alojado na cavidade oral
37	Descontentamento em relação à actuação de um médico dentista
38	Dificuldade respiratória
39	Dor dentária
40	Embate num veículo estacionado
41	Ingestão de um líquido cáustico
42	Queda em escadas rolantes
43	Queda em serviço
44	Queimadura provocada por líquido quente
NR	Não refere no processo

**NOTA** – A categoria “**Outros**” contempla os seguintes códigos da variável “**Tipo de Evento**”:

1, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44.

São apresentadas, no quadro seguinte, algumas especificações aos tipos de evento enumerados anteriormente, de acordo com os dados obtidos nos 232 processos efectivos consultados:

<b>Tipo de Evento</b>	<b>O que se encontra contemplado no tipo de evento</b>
Objectos contundentes constantes dos processos analisados	Banco de plástico, chinelos, coroa de arma de fogo, mala com pedras, skate, soqueira, tacho, pedras, cinzeiro
Objectos cortantes constantes dos processos analisados	Copo de vidro, garrafa de vidro
Objectos perfurantes constantes dos processos analisados	Ancis
Agressão com mãos	Inclui estaladas, bofetadas, chapadas, socos, agressão com aperto, agressão com mãos
Agressão com pés	Inclui agressão com pés, agressão com pontapés

- **Tipo de Traumatismo**

**Tabela B – Codificação da variável “Tipo de Traumatismo”**

<b>Código</b>	<b>Tipo de Traumatismo</b>
D	Dentário
DOF	Dento-oro-facial
F	Facial
FD	Facial e Dentário
O	Oral
OD	Oral e Dentário
OF	Oral e Facial

- **Queixas Relatadas**

**Tabela C – Codificação da variável “Queixas Relatadas”**

<b>Código</b>	<b>Queixas Relatadas</b>
1	Anestesia da maxila à esquerda
2	Anestesia do lábio inferior
3	Assimetria facial no terço inferior
4	Descontentamento com o comportamento do médico dentista assistente
5	Desvio da pirâmide nasal
6	Dificuldade em abrir a boca
7	Dificuldade em fazer a barba
8	Dificuldade fonética
9	Dificuldade na função mastigatória
10	Diminuição da sensibilidade na região molar esquerda
11	Dor ao toque na gengiva ao nível do 13 e 23
12	Dor na ATM direita
13	Dor na ATM esquerda
14	Dor na cavidade oral
15	Dor na face ao mastigar
16	Dor na hemiface direita
17	Dor na hemiface esquerda
18	Dor na mandíbula ao mastigar
19	Dor na maxila ao mastigar
20	Dor na pálpebra inferior direita
21	Dor na pirâmide nasal
22	Dor na região molar direita

23	Dor na região molar esquerda
24	Dor na região periorbitária direita
25	Dor na região periorbitária esquerda
26	Dor na região pterigoideia direita
27	Dor no ângulo mandibular esquerdo
28	Dor dentária
29	Dor nos lábios
30	Estalidos na ATM direita
31	Esteticamente prejudicado por causa das cicatrizes
32	Falta de sensibilidade no dente 22
33	<b>Por erro de codificação nenhuma queixa foi atribuída ao nº 33</b>
34	Hipersensibilidade ao toque na hemiface esquerda
35	Limitações dos movimentos mandibulares
36	Mobilidade do dente 31
37	Necessidade de manutenção dos implantes dentários
38	Parestesias na região molar esquerda
39	Parestesias no hemilábio superior direito
40	Perda do paladar
41	Perdas dentárias (dentes completos ou fracturas coronárias)
42	Ressalto na ATM direita
43	Sensibilidade alterada na cavidade oral



- **Áreas Afectadas**

**Tabela D – Codificação da variável “Áreas Afectadas”**

<b>Código</b>	<b>Áreas Afectadas</b>
1	Ângulo mandibular direito
2	Ângulo mandibular esquerdo
3	ATM direita
4	ATM esquerda
5	Comissura labial direita
6	Comissura labial esquerda
7	Dentes
8	Face (no geral)
9	Gengiva marginal
10	Hemiface direita
11	Hemiface esquerda
12	Lábio inferior
13	Lábio superior
14	Lábios (edema)
15	Língua (metade esquerda)
16	Mandíbula (no geral)
17	Mandíbula à direita
18	Mandíbula à esquerda
19	Mucosa do hemilábio inferior direito
20	Mucosa do hemilábio inferior esquerdo
21	Mucosa do hemilábio superior direito
22	Mucosa do hemilábio superior esquerdo

23	Músculo pterigoideu externo direito
24	Músculo pterigoideu interno direito
25	Narina direita
26	Narina esquerda
27	Pálpebra inferior direita
28	Pálpebra inferior esquerda
29	Pirâmide nasal (devio ou não específica)
30	Pirâmide nasal à direita
31	Pirâmide nasal à esquerda
32	Pirâmide nasal na linha média (dorso)
33	Região geniana direita
34	Região geniana esquerda
35	Região infranasal esquerda
36	Região infranasal mediana
37	Região infraorbitária direita
38	Região infraorbitária esquerda
39	Região malar direita
40	Região malar esquerda
41	Região mentoniana direita
42	Região mentoniana esquerda
43	Região mentoniana na linha média
44	Região nasogeniana direita
45	Região nasogeniana esquerda
46	Região periorbitária direita
47	Região periorbitária esquerda
48	Região submentoniana direita

49	Região submentoniana esquerda
50	Região submentoniana na linha média
51	Sulco nasogeniano direito
52	Sulco nasogeniano esquerdo
NE	Não especifica

- **Tipo de Lesão/Sequela**

**Tabela E – Codificação da variável “Tipo de Lesão/Sequela”**

<b>Código</b>	<b>Tipo de Lesão/Sequela</b>
1	Assimetria facial
2	Ausência de peças dentárias do 1º quadrante
3	Ausência de peças dentárias do 2º quadrante
4	Ausência de peças dentárias do 3º quadrante
5	Ausência de peças dentárias do 4º quadrante
6	Ausência de todas as peças dentárias
7	Avulsão dentária
8	Cicatriz
9	Comissura labial direita descaída
10	Contractura muscular
11	Défice funcional na mobilização da ATM direita
12	Desvio
13	Dimensão vertical diminuída
14	Diminuição da sensibilidade na hemiface esquerda
15	Diminuição do orifício nasal
16	Dor na ATM direita
17	Edema
18	Endodontia
19	Equimose
20	Eritema
21	Escoriação
22	Estalido na ATM direita
23	Exantema
24	Faceta dentária
25	Falta de sensibilidade (no 22)
26	Ferida abrasiva
27	Ferida contusa
28	Ferida incisa
29	Ferida inciso-contusa
30	Fístula
31	Fractura óssea

32	Fractura coronária
33	Fractura radicular
34	Hematoma
35	Hemorragia gengival
36	Hiperpigmentação (na região molar direita)
37	Hipostesia facial
38	Hipotonia da hemiface direita
39	Implante
40	Mobilidade dentária
41	Mordida aberta anterior
42	Mordida cruzada à esquerda
43	Músculos com tonicidade aumentada
44	Necrose dentária
45	Parestesias
46	Perda de substância no bordo antero-lateral esquerdo da língua
47	Proeminência
48	Prótese fixa
49	Prótese removível inferior
50	Prótese removível superior
51	Prótese removível superior com falta de retenção
52	Ressalto na ATM direita
53	Ressalto na ATM esquerda
54	Restauração definitiva directa em resina composta
55	Sensibilidade aumentada nos músculos pterigoideus
56	Subluxação da ATM direita
57	Não apresenta vestígios de etiologia traumática visíveis

Algumas especificações aos tipos de lesões/sequelas enumeradas acima, de acordo com os dados obtidos nos 232 processos efectivos consultados, são apresentadas no quadro seguinte:

<b>Tipo de Lesão/Sequela</b>	<b>Ocorrência</b>
Avulsão dentária	No 31 e no 41
Contractura muscular	Nos músculos pterigoideus externo e interno direitos
Fractura óssea	Do malar direito
	Dos OPN
Fractura coronária	Fracturas coronárias não especificadas
	Fractura da cúspide do 23
	Fractura coronária de pilares de ponte
	Fractura de bordo incisal (11, 12, 21 e 31)
Fractura radicular	Do 13 e do 23
Mobilidade dentária	Do 11, 21 e 31
Proeminência	Do ângulo mandibular direito
	Da região malar esquerda

É importante definir alguns dos termos utilizados para classificar as lesões/sequelas apresentadas neste estudo epidemiológico retrospectivo, tendo para isso recorrido a literatura anterior (Marques JMA, 1998).

As lesões provocadas pelos diversos eventos traumáticos podem ser classificadas do seguinte modo:

- a) Ferimentos cortantes
- b) Ferimentos perfurantes
- c) Ferimentos corto-perfurantes
- d) Lesões contusas (contusões)
- e) Lesões corto-contundentes e perfuro-contundentes

Os ferimentos cortantes são também, por vezes designados de “golpes” ou “cortes”, designações que devem ser consideradas menos correctas do ponto de vista médico-legal. O nome de “ferida incisa” com mais frequência se aplica às incisões praticadas pelo bisturi, mas é aplicado ao ferimento cortante.

Os ferimentos perfurantes, são lesões produzidas por instrumentos que actuam em profundidade, dissociando um ou mais planos de tecidos. Na semiologia médico-legal dos ferimentos perfurantes é necessário procurar o orifício de entrada, o trajecto ou canal de perfuração e o orifício de saída, quando existente. Os ferimentos corto-perfurantes são os que reúnem, simultaneamente, as características dos ferimentos cortantes e dos ferimentos perfurantes.

As lesões contusas, ou contusões, constituem um tipo de traumatismo produzido pelo embate de um corpo, de superfície regular ou irregular, contra o corpo humano. As lesões corto-contundentes e perfuro-contundentes apresentam as características simultâneas de lesões contundentes e cortantes ou de lesões contundentes e perfurantes, respectivamente. Por outras palavras, do ponto de vista médico-legal, a tipificação do instrumento depende mais das características das lesões produzidas que das do instrumento propriamente dito.

## **Classificação das Contusões**

O estudo médico-legal das contusões, aqui salientado de outros tipos de lesões, apresenta-se pertinente uma vez que são das lesões mais frequentemente referidas.

Assim, e segundo Lesseps Reys (1997), as contusões classificam-se de acordo com a gravidade da violência externa. Do ponto de vista fisiopatológico podem resultar da acção contundente os seguintes tipos de lesão, com interesse para este estudo epidemiológico:

### **1) Escoriação**

Resulta de uma violência tangencial à superfície cutânea. Produz o desprendimento das camadas mais superficiais da epiderme (estratos córneo, lúcido e granuloso). São escoriações as lesões produzidas por unhas, muitas vezes designadas de estigmas ungueais (“unhadas”). O epitélio ao regenerar-se não deixa cicatrizes, podendo apenas observar-se descoloração, durante alguns dias, das zonas atingidas. Nalguns casos o instrumento ou meio causador de escoriação deixa uma marca identificadora.

### **2) Equimose**

É uma lesão que resulta de uma acção contusa, caracterizada por ruptura de pequenos vasos sanguíneos na espessura dos tecidos, com hemorragia local, infiltração plasmática e sanguínea da zona circundante e consequente embebição de hemoglobina pelos tecidos circundantes. Do ponto de vista médico-legal tem importância a avaliação da antiguidade da equimose, o que é feito com base nas mudanças de cor à medida que o tempo passa, devido à transformação do pigmento hemático. Assim, de uma coloração inicial avermelhada (1º dia) a equimose passa a violácea (2º e 3º dias), a azul esverdeada (4º ao 8º dias), a amarelada (9º ao 12º dias) até desaparecer (13º ao 18º dias). Todas estas alterações na coloração apresentam correlação histológica. Estes dados cronológicos e histológicos deverão contudo ser apreciados sob reserva, dada a variação individual. A confirmação da natureza equimótica da lesão baseia-se, fundamentalmente, no estudo histopatológico em que a preparação

mostra destruição capilar, extravasamento de hemácias que infiltram as malhas do tecido adjacente e coagulação “in situ” com uma fina rede de fibrina na qual se aderem os glóbulos vermelhos.

### **3) Hematoma**

É uma colecção sanguínea numa cavidade neoformada. Por vezes o derrame não é sanguíneo mas linfático. O hematoma pode reabsorver-se na totalidade ou enquistar-se, sendo o tempo de reabsorção variável com a quantidade de sangue e com a localização anatómica.

### **4) Ferida contusa**

É toda a lesão, produzida por acção contundente, que lesa a derme ou camadas mais profundas. Enquanto na escoriação a regeneração da área se faz por reepitelização, com “*restitutio ad integrum*”, na ferida contusa a regeneração deixa habitualmente uma cicatriz, visto terem sido atingidos os estratos espinhoso e basal da epiderme. As feridas contusas podem ser produzidas por compressão, pressão, arrastamento, explosão, tracção, torção, sucção, etc. as feridas contusas apresentam como características mais notáveis, o facto de os seus bordos, vertentes e fundo, serem irregulares, sendo a hemorragia relativamente menor que nas feridas cortantes ou corto-perfurantes.

### **5) Outras lesões**

A acção contundente pode provocar ainda fracturas ósseas e perda de substância, outros dois tipos de lesões referidos neste estudo.

- **Nexo de Causalidade**

**Tabela F – Critérios clássicos para estabelecimento do Nexo de Causalidade**

<b>Critérios clássicos propostos por Muller e Cordonier (cf. Vieira e Corte-Real, 2008) para estabelecimento do Nexo de Causalidade</b>	
1-	Natureza adequada do acto ou evento em causa para produzir as lesões ou sequelas observadas
2-	Certeza diagnóstica, ou seja, uma natureza adequada das lesões ou sequelas à etiologia em causa
3-	Exclusão da pré-existência do dano
4-	Adequação entre a região atingida e a sede da lesão ou sequela
5-	Adequação temporal
6-	Encadeamento anátomo-clínico
7-	Exclusão de causa estranha

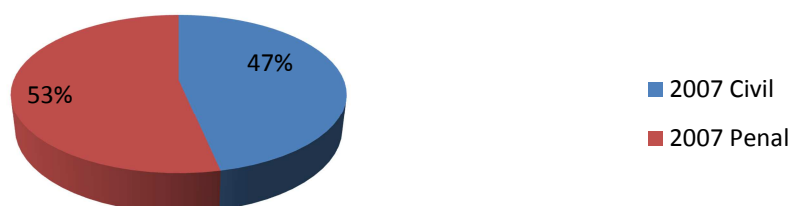
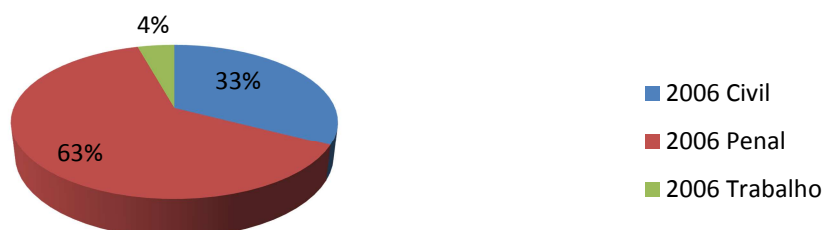
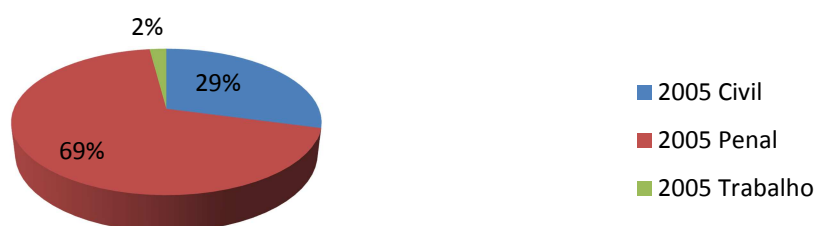


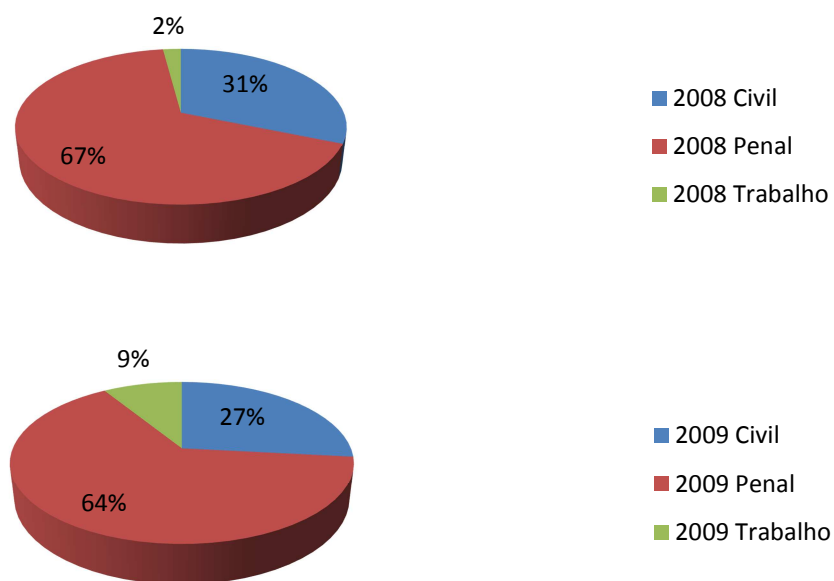
## Índice de Tabelas e Gráficos

**Tabela 1 – Relação entre as variáveis sexo, ano e tipo de processo, em percentagem**

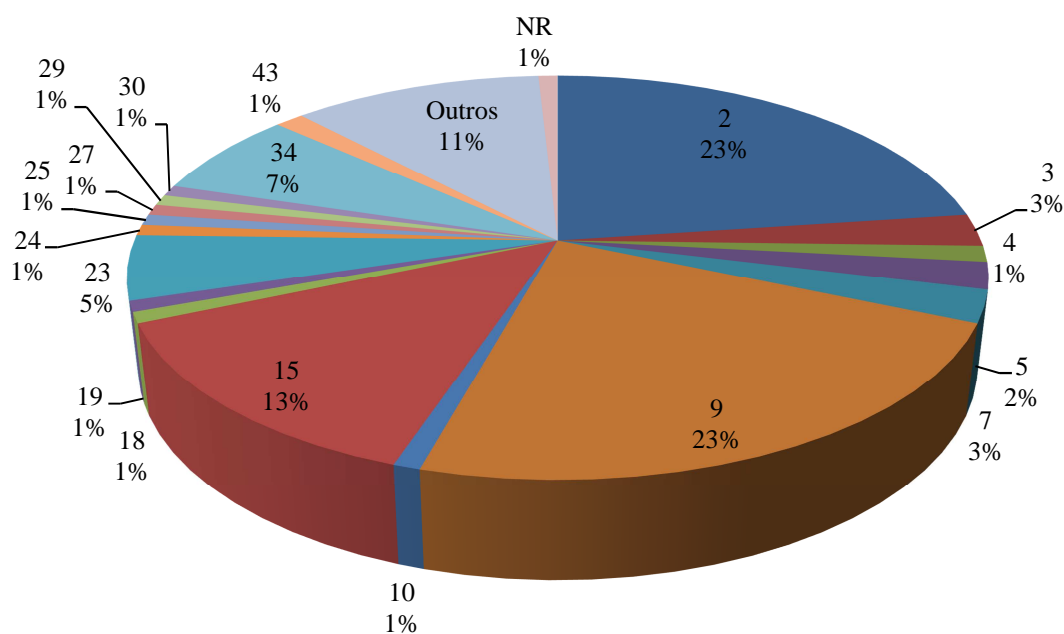
Tipo de Processo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Civil	F	19,37%	16,00%	12,33%	15,33%	17,33%	15,89%
	M	25,68%	17,33%	21,00%	18,00%	16,00%	19,27%
Penal	F	20,27%	17,67%	15,67%	12,67%	16,67%	16,39%
	M	23,42%	15,67%	17,67%	20,67%	16,67%	18,57%
Trabalho	F	2,70%	12,33%	15,33%	9,00%	10,33%	10,34%
	M	8,56%	21,00%	18,00%	24,33%	23,00%	19,55%
Total		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Gráfico 1 – Conjunto de gráficos que traduzem a distribuição da variável “Tipo de Processo” por ano, em percentagem.**

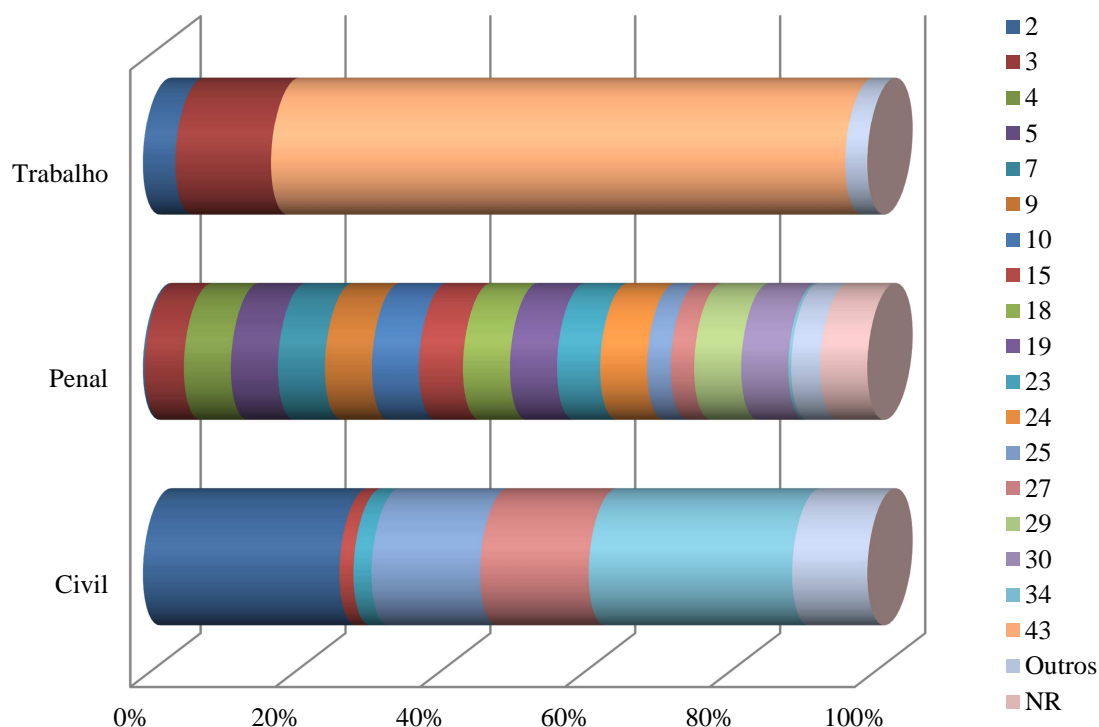




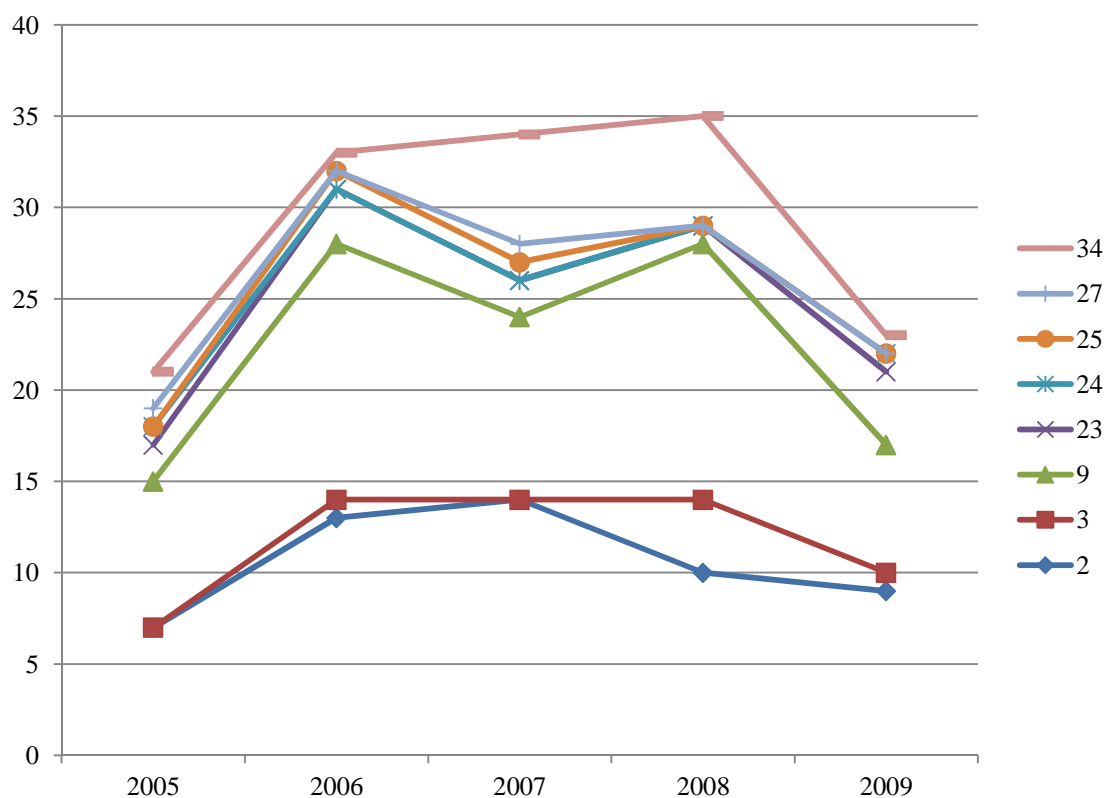
**Gráfico 2 – Distribuição da variável “Tipo de Evento” nos processos efectivos, em percentagem.**



**Gráfico 3 – Relação entre as variáveis “Tipo de Evento” e “Tipo de Processo”, em percentagem.**

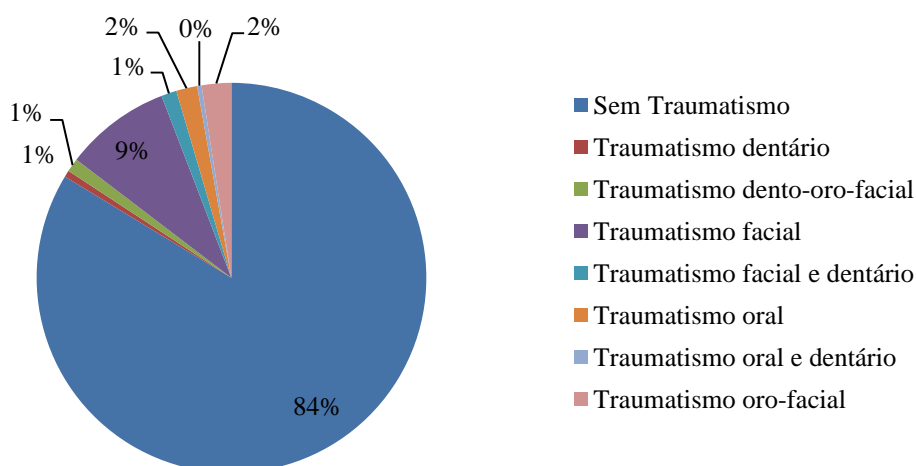
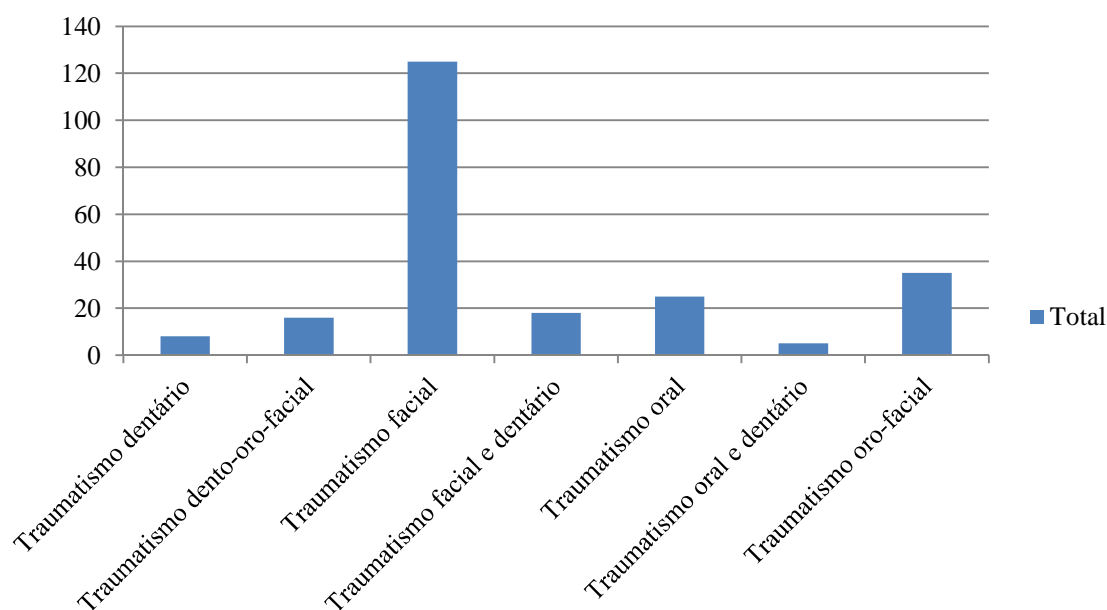


**Gráfico 4 – Distribuição dos 8 Tipos de Evento mais comuns pela variável ano, em valor absoluto.**

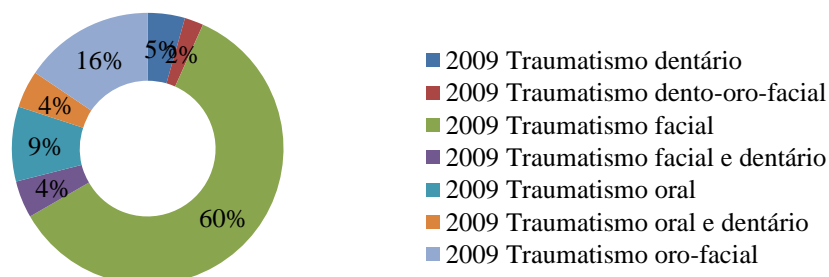
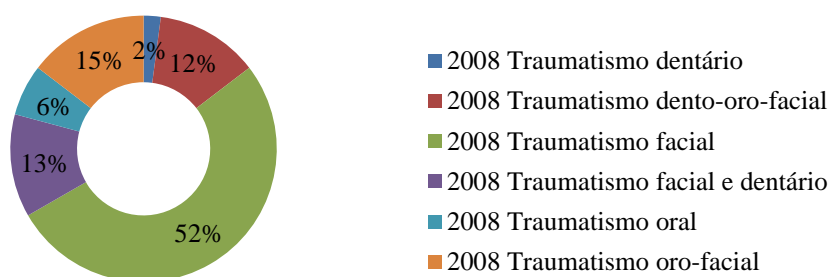
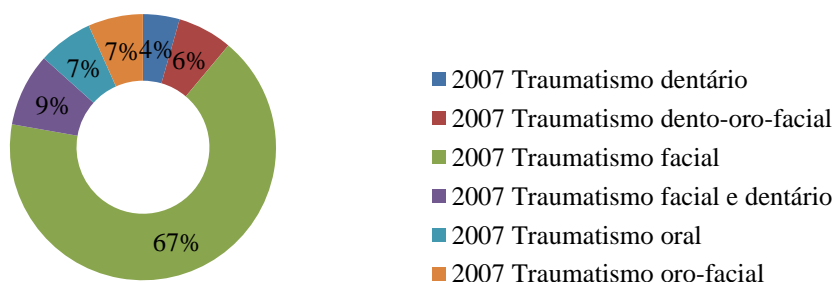
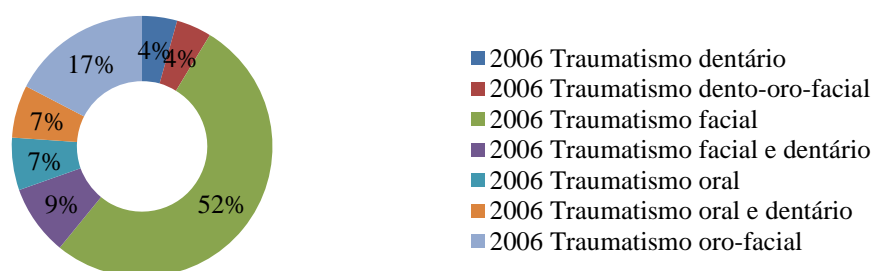
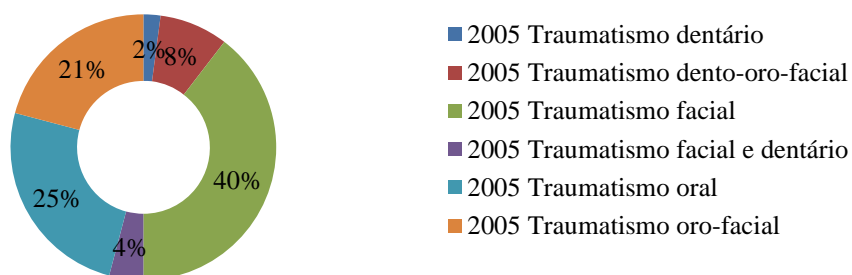


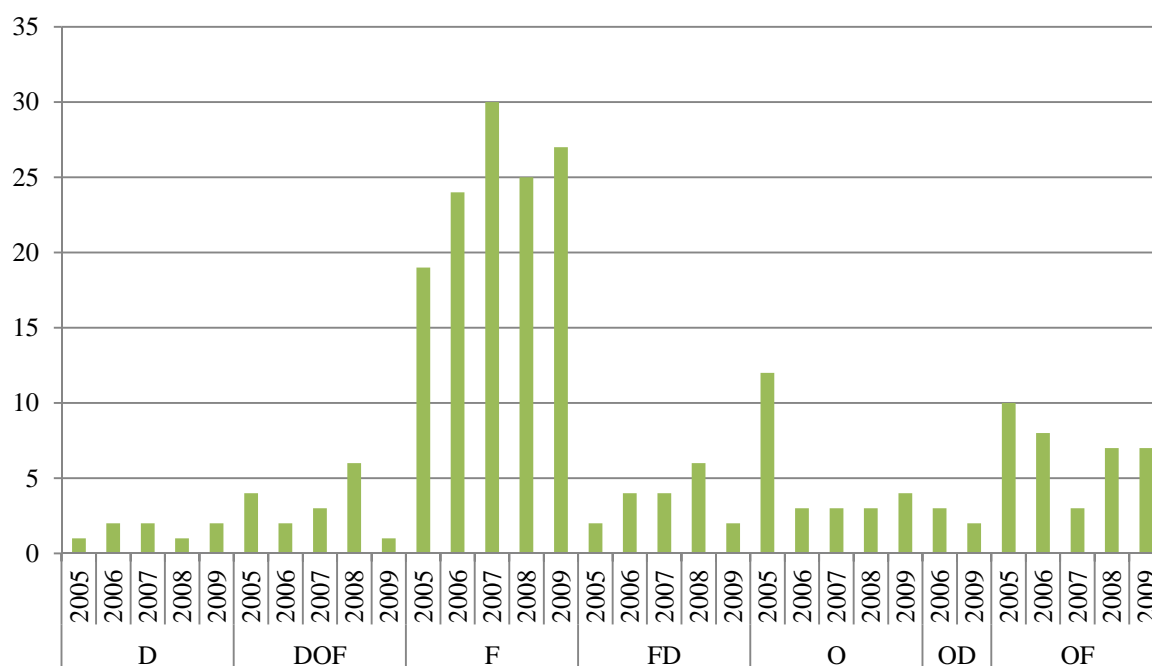
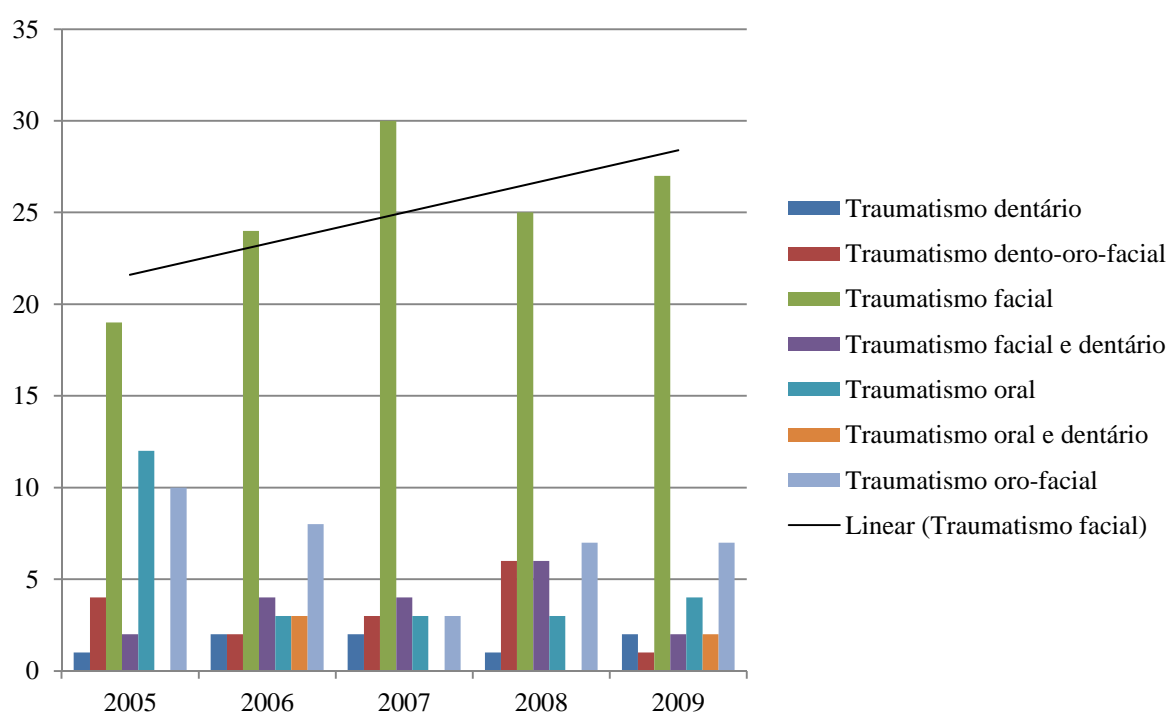
**Tabela 2 – Distribuição do Tipo de Traumatismo, na totalidade dos processos consultados, em percentagem.**

Processos com ou sem traumatismos	% de Processos
Sem Traumatismo	83,68%
Traumatismo dentário	0,56%
Traumatismo dento-oro-facial	1,13%
Traumatismo facial	8,79%
Traumatismo facial e dentário	1,27%
Traumatismo oral	1,76%
Traumatismo oral e dentário	0,35%
Traumatismo oro-facial	2,46%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>

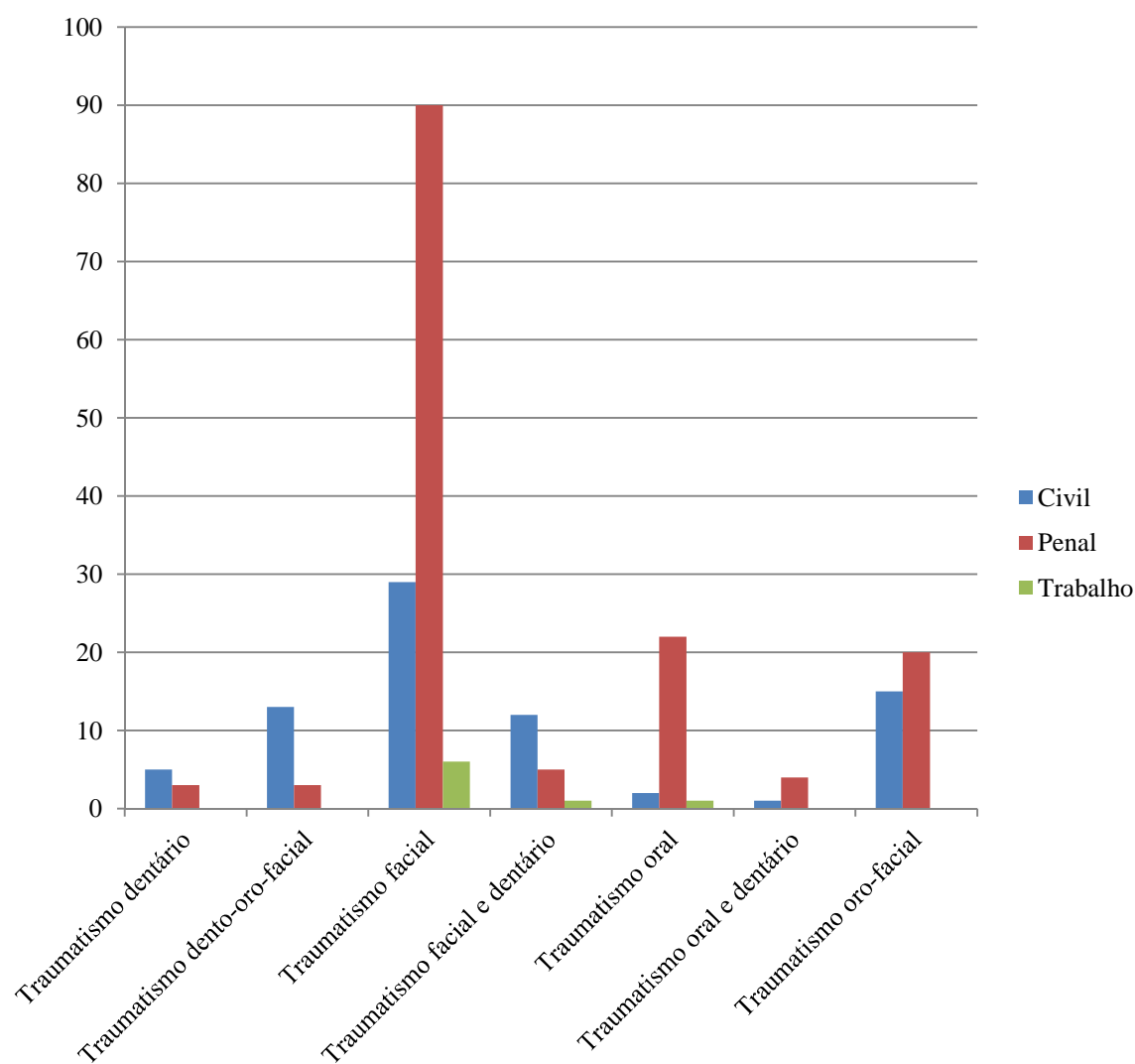
**Gráfico 5 – Distribuição do Tipo de Traumatismo, na totalidade dos processos consultados, em percentagem.****Gráfico 6 - Frequência dos diferentes Tipos de Traumatismo, nos processos efectivos, em valor absoluto.**

**Gráfico 7 - Conjunto de gráficos que expressam a percentagem de cada Tipo de Traumatismo em cada ano.**

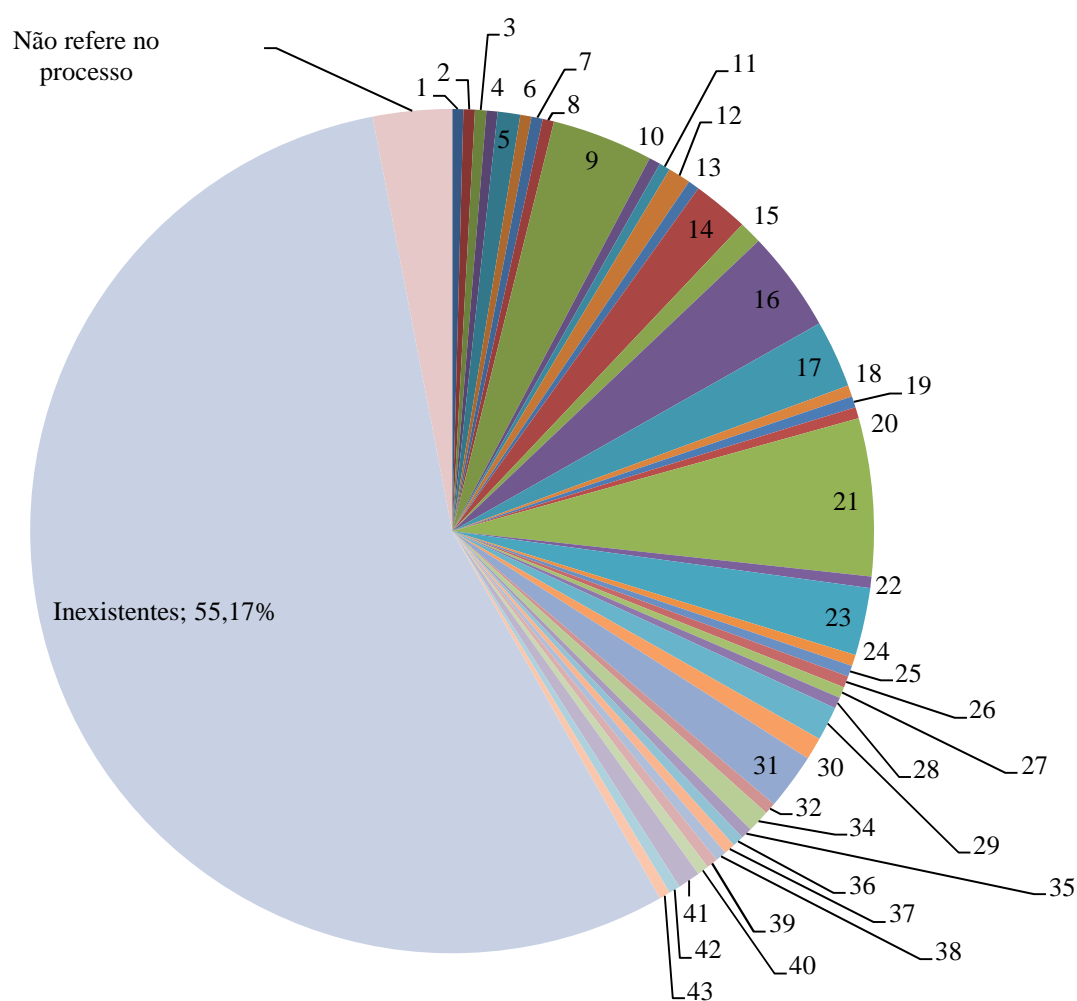
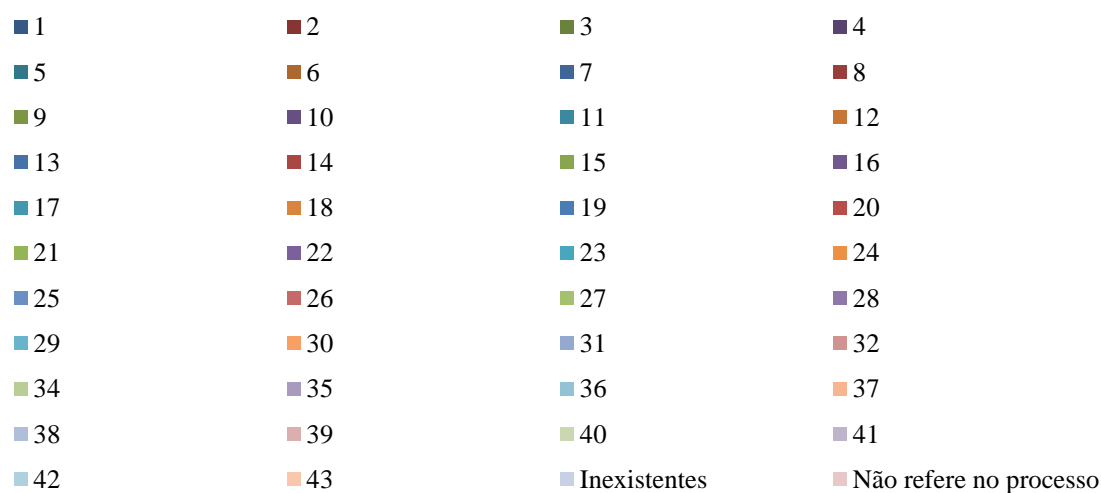


**Gráfico 8 - Frequência dos Tipos de Traumatismo por ano, em valor absoluto.****Gráfico 9 - Frequência dos Tipos de Traumatismo por ano, em valor absoluto, com expressão linear do Traumatismo Facial entre 2005 e 2009.**

**Gráfico 10 - Relação entre as variáveis "Tipo de Traumatismo" e "Tipo de Processo", expressa em valor absoluto.**

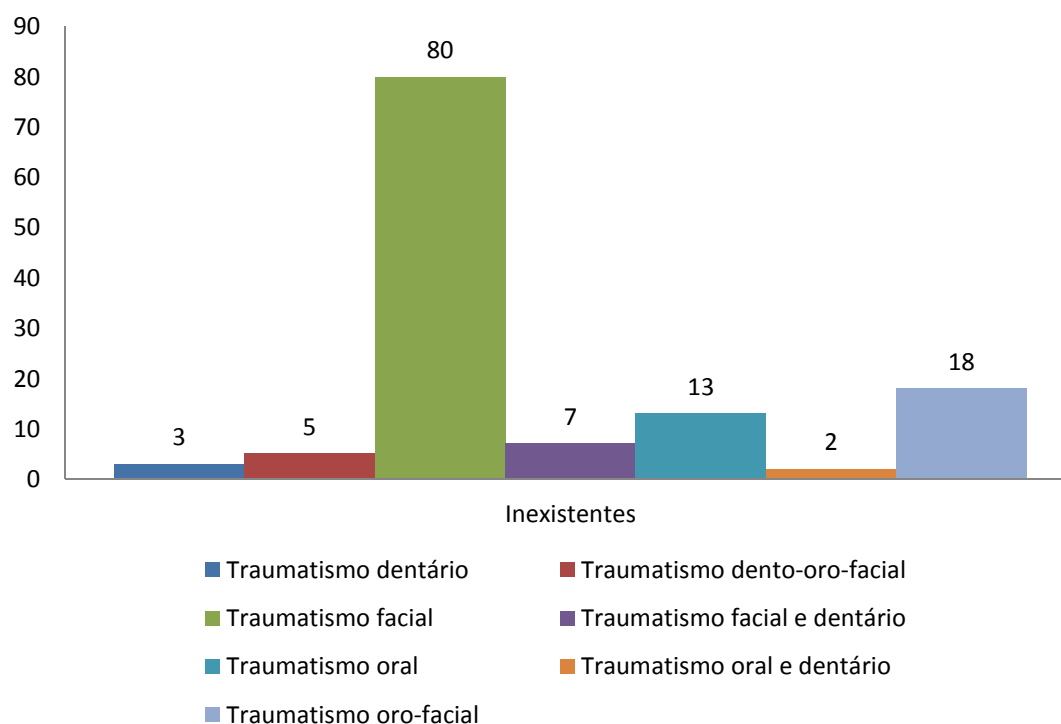


**Gráfico 11 - Expressão da variável "Queixas Relatadas" nos processos efectivos, em percentagem.**

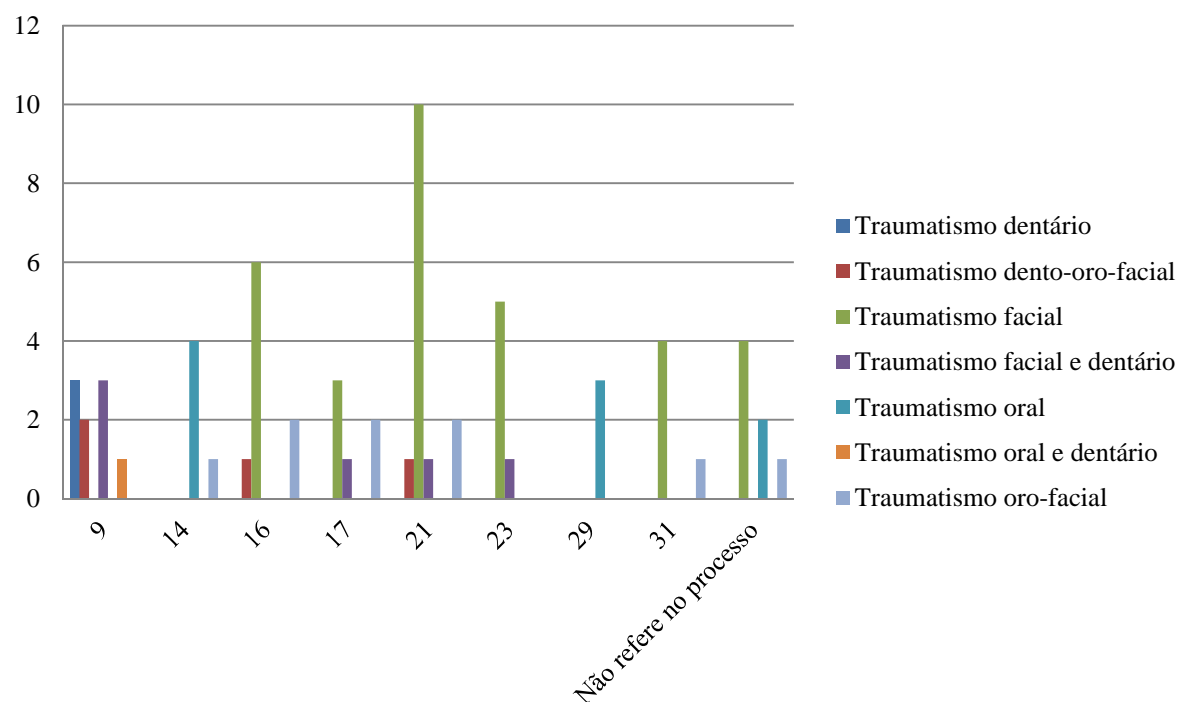




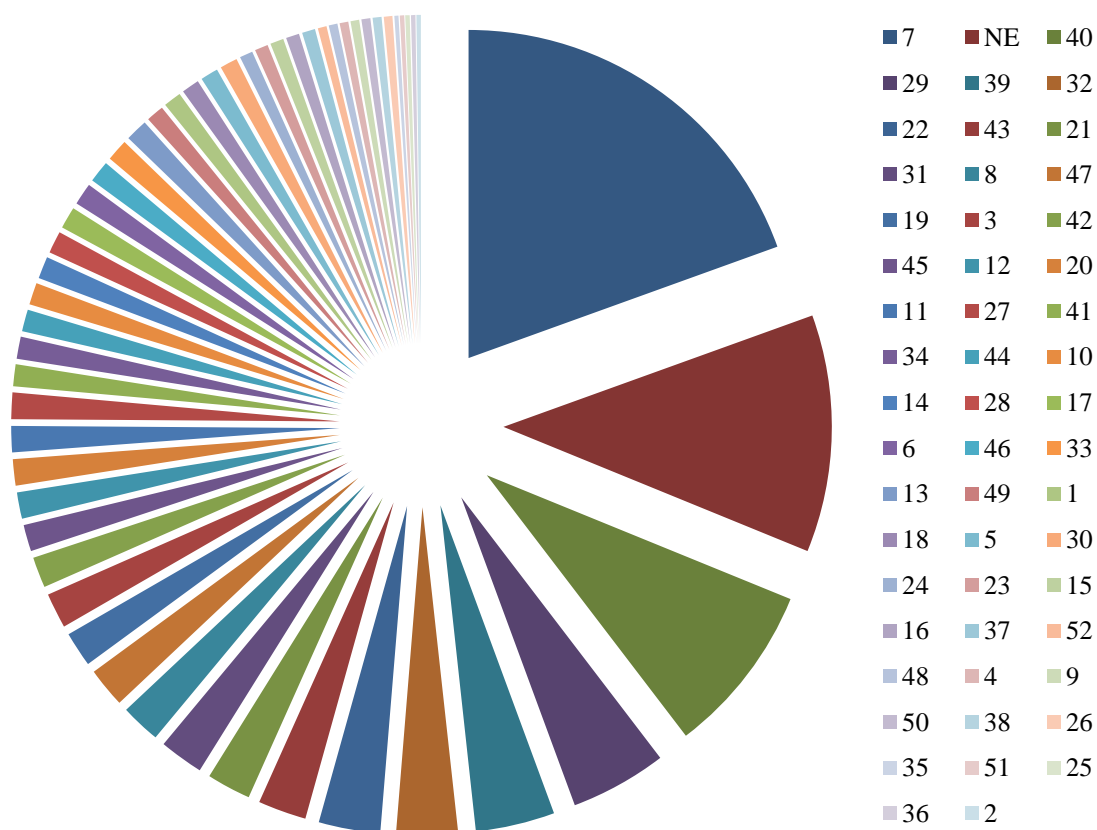
**Gráfico 12 - Frequência de queixas inexistentes por Tipo de Traumatismo, em valor absoluto.**



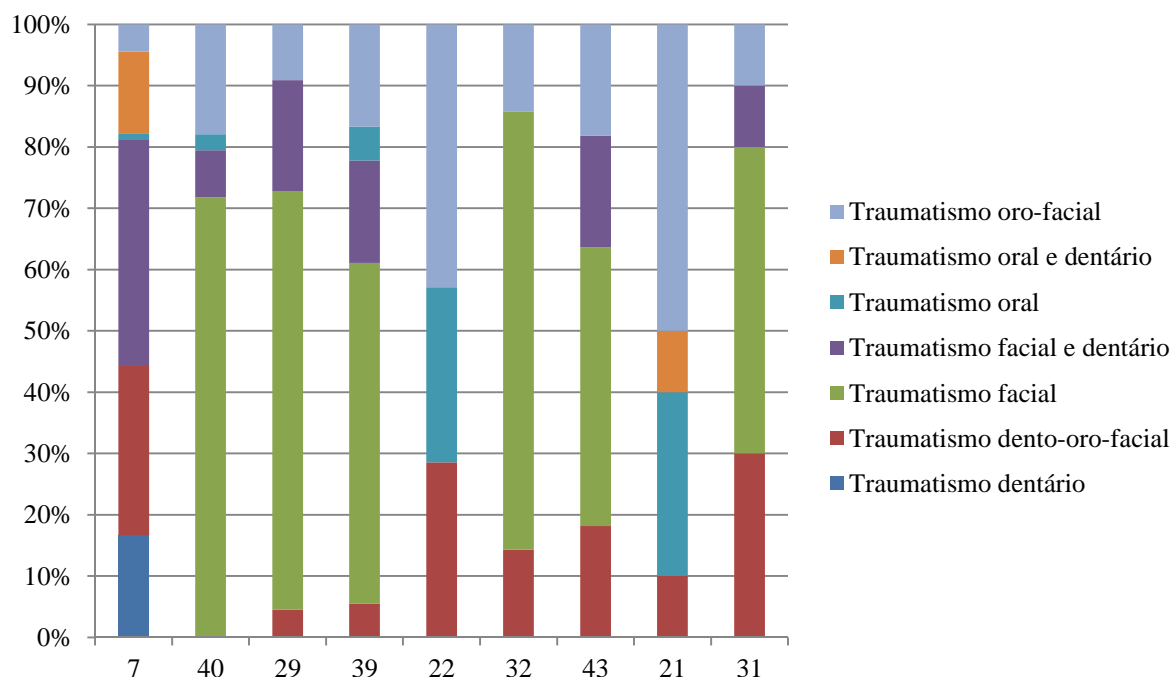
**Gráfico 13 - Distribuição das "Queixas Relatadas" mais frequentes por Tipo de Traumatismo, em valor absoluto.**



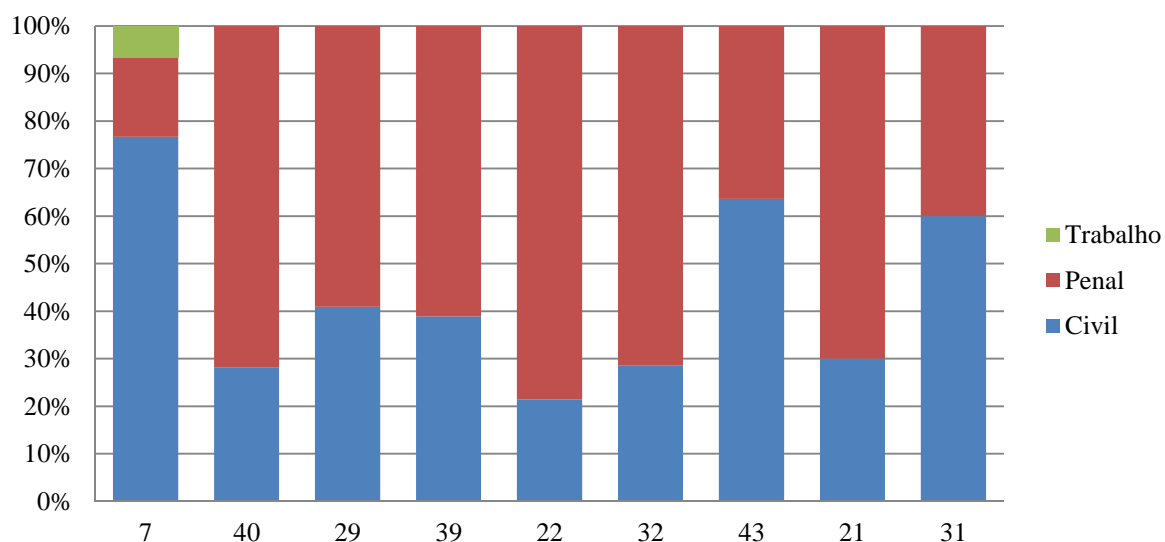
**Gráfico 14 - Expressão da variável "Áreas Afectadas" nos processos efectivos, em percentagem.**



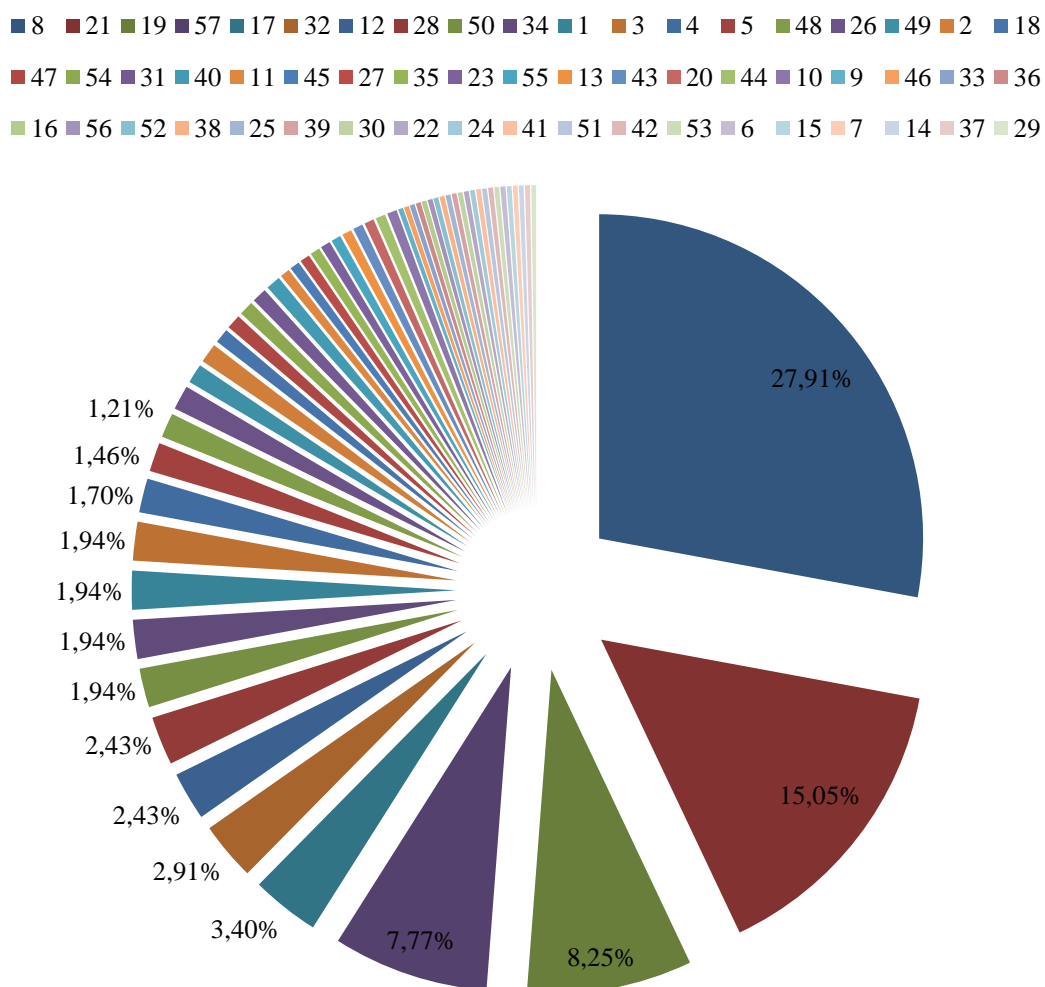
**Gráfico 15 - Distribuição das nove áreas mais afectadas por Tipo de Traumatismo, em percentagem.**



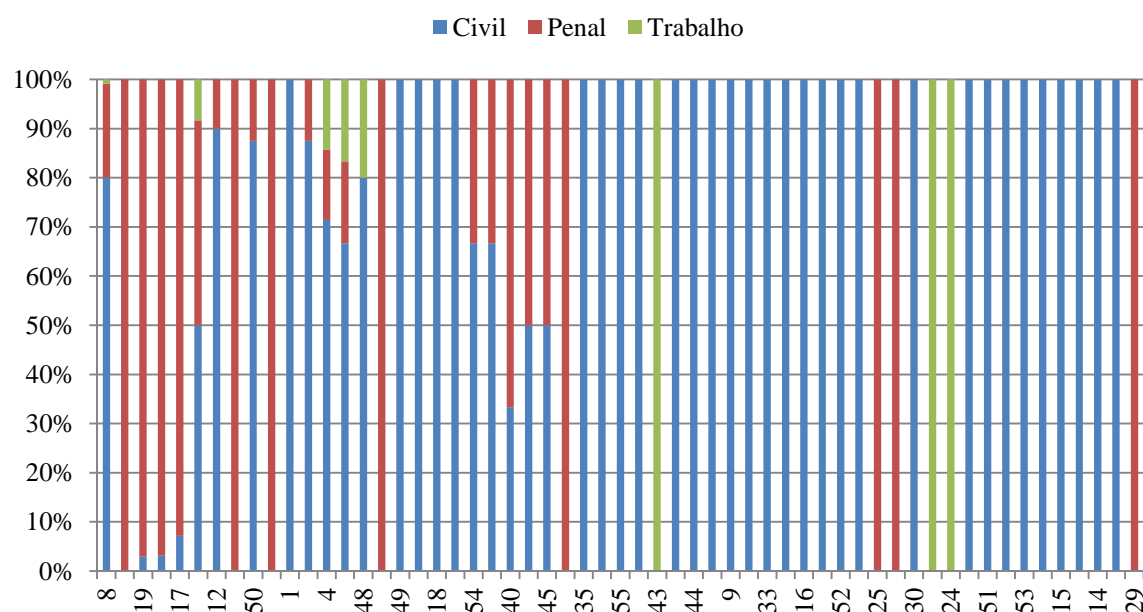
**Gráfico 16 - Distribuição das nove áreas mais afectadas por Tipo de Processo, em percentagem.**



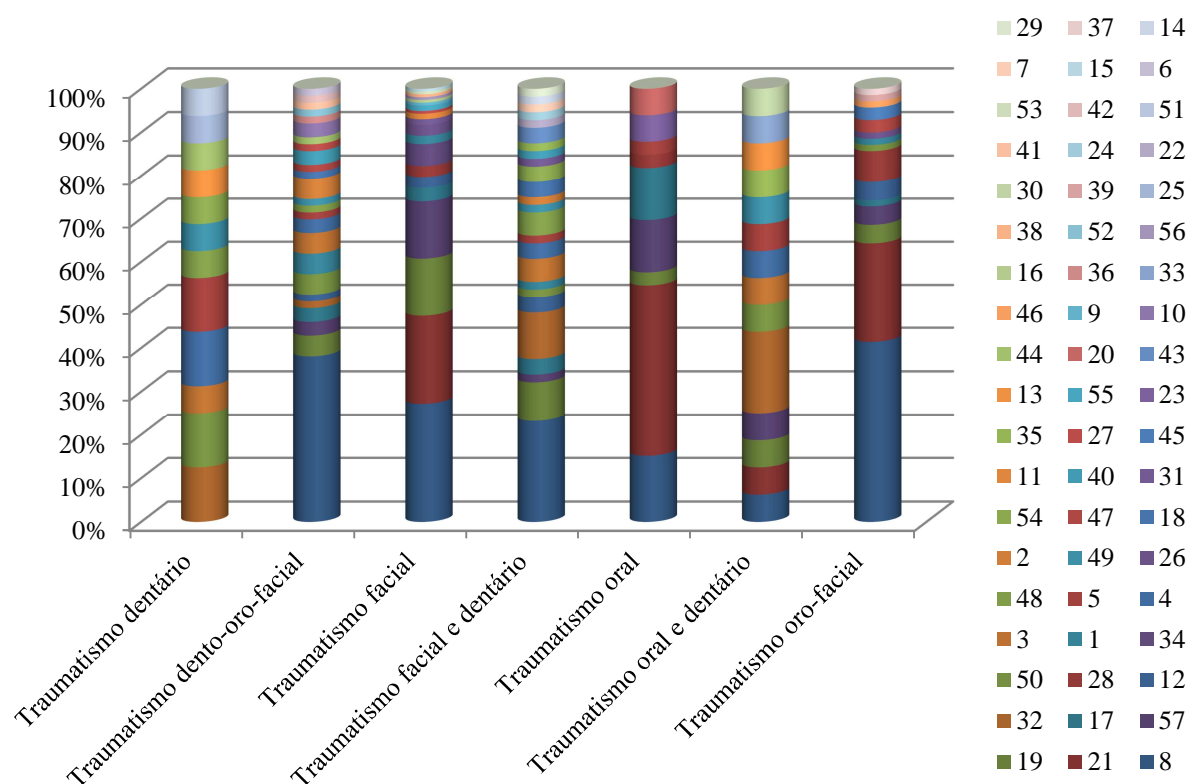
**Gráfico 17 - Expressão da variável “Tipo de Lesão/Sequela” nos processos efectivos, em percentagem.**



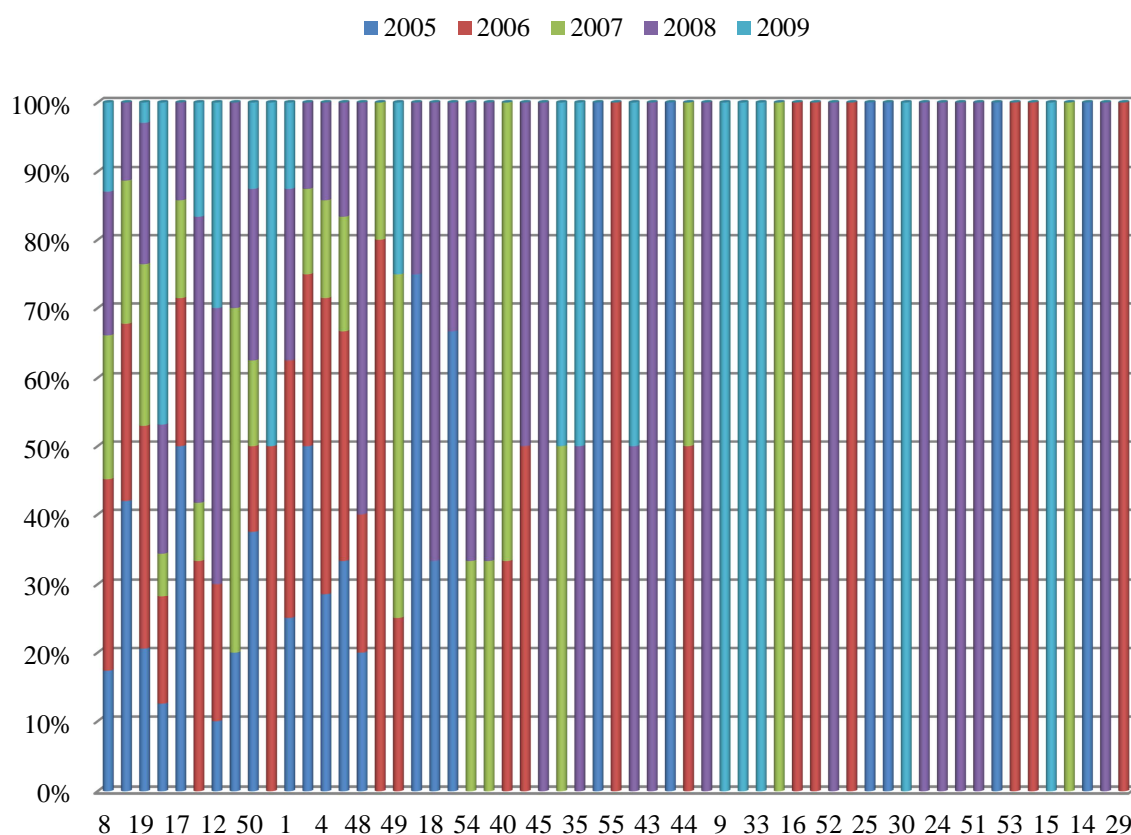
**Gráfico 18 - Relação entre as variáveis "Tipo de Lesão/Sequela" e "Tipo de Processo", expressa em percentagem.**



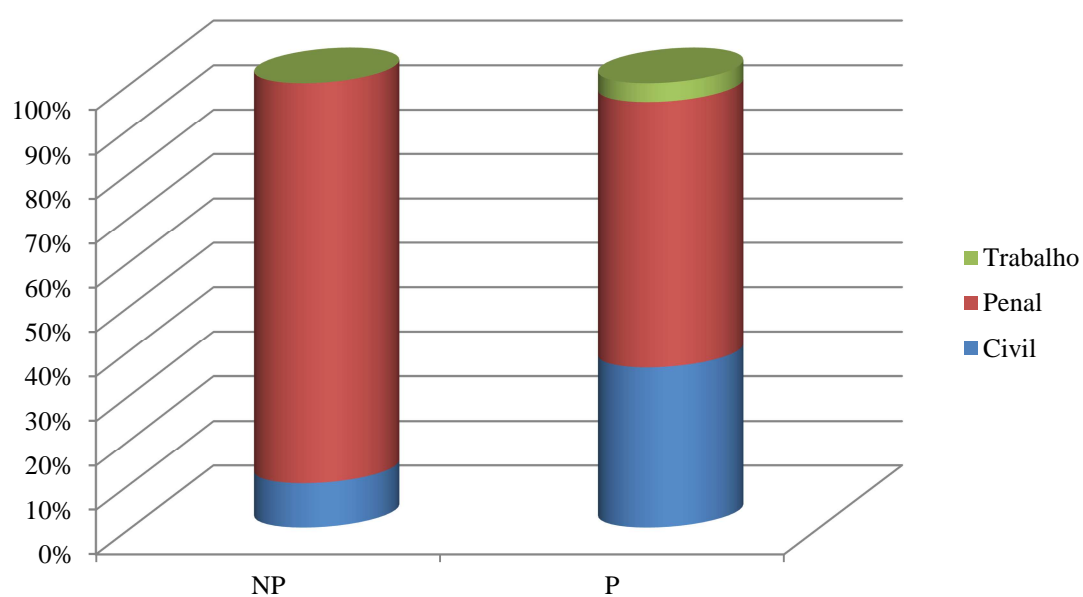
**Gráfico 19 - Relação entre as variáveis "Tipo de Lesão/Sequela" e "Tipo de Traumatismo", expressa em percentagem.**

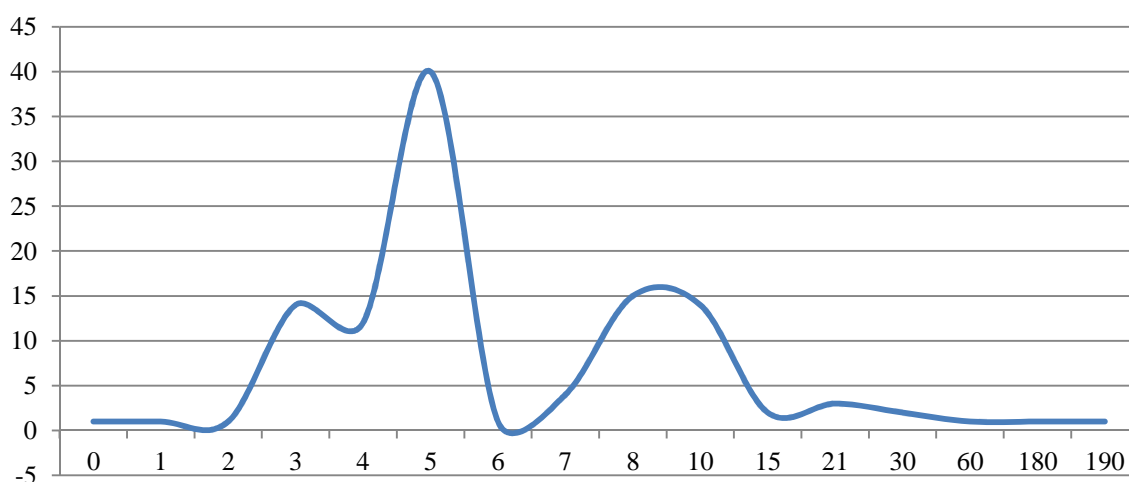
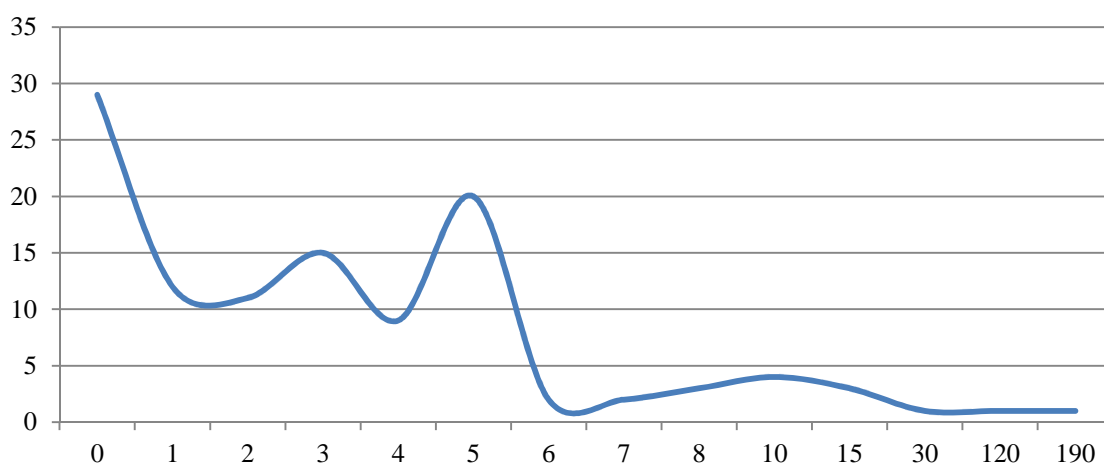
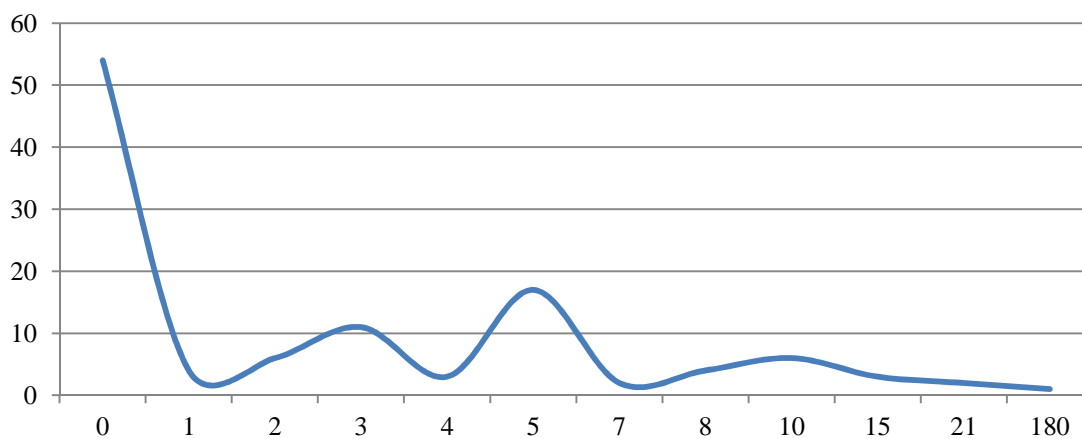


**Gráfico 20 - Relação entre as variáveis "Tipo de Lesão/Sequela" e "Ano de Processo", expressa em percentagem.**



**Gráfico 21 - Relação entre as variáveis "Nexo de Causalidade" e "Tipo de Processo", expressa em percentagem.**



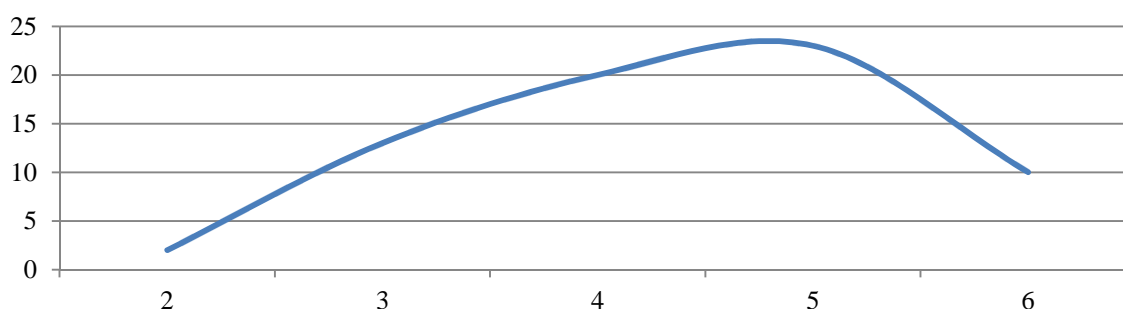
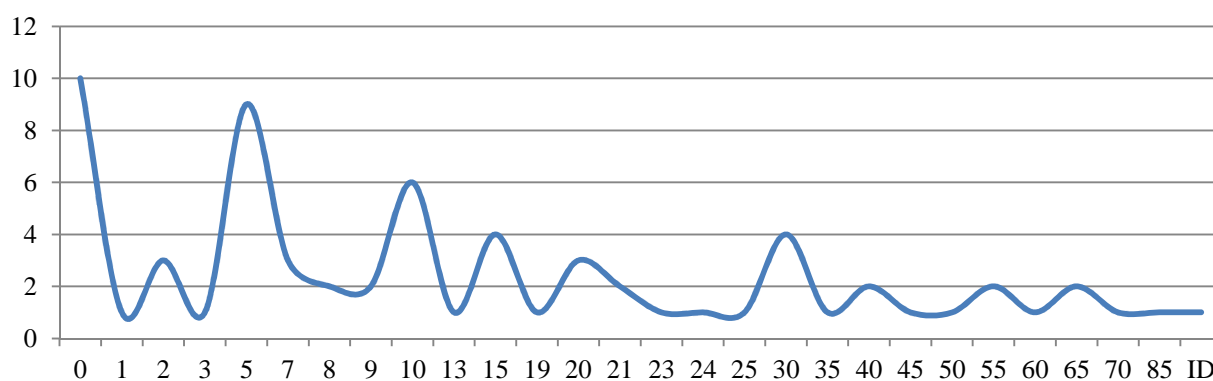
**Gráfico 22 - Distribuição da variável "Período de Doença", nos processos Penais, em dias.****Gráfico 23 - Distribuição da variável "Período de Afecção da Capacidade para o Trabalho Geral", nos processos Penais, em dias.****Gráfico 24 - Distribuição da variável "Período de Afecção da Capacidade para o Trabalho Profissional", nos processos Penais, em dias.**

**Tabela 3 - Média da variável I.T.G.T por ano, nos processos Cíveis, expressa em dias.**

I.T.G.T	Ano	2005	2006	2007	2008	2009	Total
	Dias	38,42857	84,7142857	73,238	39,909	40,38	59,18

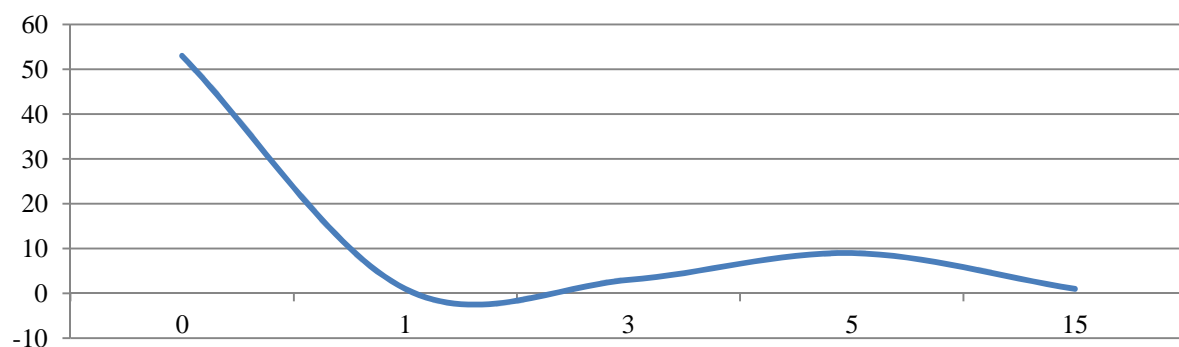
**Tabela 4 - Média da variável I.T.G.P por ano, nos processos Cíveis, expressa em dias.**

I.T.G.P	Ano	2005	2006	2007	2008	2009	Total
	Dias	328,5714	370,142857	373,14	679,55	528,1	431,1

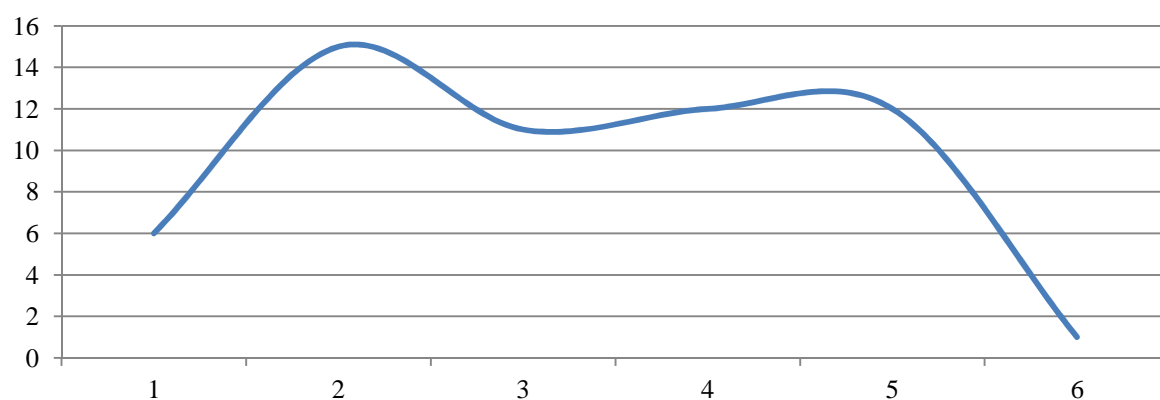
**Gráfico 25 - Distribuição da variável "Quantum Doloris" em graus, nos processos Cíveis, expressa em valor absoluto.****Gráfico 26 - Distribuição da variável I.P.G em % ou pontos, nos processos Cíveis, expressa em valor absoluto.**



**Gráfico 27 - Distribuição da variável "Dano Futuro" em % ou pontos, nos processos Cíveis, expressa em valor absoluto.**



**Gráfico 28 - Distribuição da variável "Dano Estético" em graus, nos processos Cíveis, expressa em valor absoluto.**



**Gráfico 29 - Distribuição das várias hipóteses de Rebate Profissional, nos processos Cíveis, expressa em valor absoluto.**

